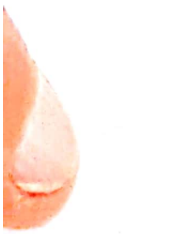
Jonathan Brostoff
Linda Gamlin

Sănătate Dietetică

ALERGII ȘI INTOLERANȚE ALIMENTARE

Ghid complet

Scanned with OKEN Scanner



Sănătate Dietetică

Dacă suferiți de migrene, ulcer gastric sau duodenal, constipație, dureri articulare, astm sau depresie, s-ar putea să fiți sensibil la unele alimente – lapte, citrice, ouă, grîu... Acest ghid practic vă învață să preveniți și să tratați alergiile alimentare și intoleranța la produse cosmetice, parfumuri, aditivi, pesticide sau material plastic. La final găsiți sfaturi cu privire la dieta prin eliminare, care vă ajută să identificați alimentele la care sînteți sensibil și să le înlocuiți cu altele, pe care le tolerați.

Diferența dintre alergie și intoleranță • Testele pentru sensibilitate alimentară • Reacțiile la alimente în eczema atopică, astm și rinita alergică • Boala celiacă, boala Crohn și afecțiunile eozinofilice • Sindromul de colon iritabil • Sensibilitatea alimentară la copii • Aditivii alimentari • Apa îmbuteliată și filtrele de apă • Fructoza, sucroza, sorbitolul și xilitolul • Dieta prin eliminare: ghid pas cu pas

Scanned with OKEN Scanner

Jonathan Brostoff, profesor emerit, codirector al Diet and Gastrointestinal Health Research Group la King's College, Londra. Este recunoscut ca o autoritate în domeniul alergiilor şi intoleranţelor alimentare. A mai publicat *Hayfever: The Complete Guide* (coautor), *Asthma: The Complete Guide to Integrative Therapies* (coautor).

Linda Gamlin, biochimist, a cîştigat numeroase premii, inclusiv Rhône-Poulenc Science Book Prize, cel mai prestigios premiu acordat pentru lucrările ştiinţifice. A mai publicat *Hayfever: The Complete Guide* (coautor), *Asthma: The Complete Guide to Integrative Therapies* (coautor), *The Allergy Bible: The Definitive Guide to Understanding, Diagnosing and Treating Allergies and Intolerances.*

Jonathan Brostoff, Linda Gamlin, *The Complete Guide to Food Allergy and Intolerance*, 4th edittion, 2008

Copyright © Jonathan Brostoff and Linda Gamlin
Published and distributed by:
Quality Health Books
14 Prospect Place
Bath BA1 4EU
UK
www.qualityhealthbooks.com

© 2009 by Editura POLIROM, pentru prezenta traducere

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;
P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

BROSTOFF, JONATHAN

Alergii şi intoleranţe alimentare: ghid complet / Jonathan Brostoff, Linda Gamlin; trad. de Claudia Cirip. – Iaşi: Polirom, 2009

Index

ISBN 978-973-46-1401-1

I. Gamlin, Linda
II. Cirip, Daniela Claudia (trad.)

616-056.3:613.2

Printed in ROMANIA

Scanned with OKEN Scanner

Jonathan Brostoff
Linda Gamlin

ALERGII ȘI INTOLERANȚE ALIMENTARE

Ghid complet

Traducere de Claudia Cirip

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

Mulţumiri 7

I. Introducere

Costul uman 9
Capitolul 1. Diferenţa dintre alergie şi intoleranţă 13
Capitolul 2. Alimentele şi organismul 22
Capitolul 3. Testele pentru sensibilitate alimentară – care funcţionează cu adevărat? 48

II. Alergiile alimentare

Capitolul 4. Alergiile alimentare de tip IgE 73
Capitolul 5. Sindromul alergiei orale 99
Capitolul 6. Reacţiile la alimente în eczema atopică, astm şi rinita alergică 104
Capitolul 7. Boala celiacă, boala Crohn şi afecţiunile eozinofilice 129
Capitolul 8. „Impostorii" alergiilor alimentare: alergiile alimentare false şi reacţiile la histaminele, latexul, acarienii, antibioticele, nichelul şi cromul din alimente 163

III. Intoleranţa la lactoză şi alte probleme ale sugarilor

Capitolul 9. Deficienţa de lactază şi intoleranţa la lactoză 171
Capitolul 10. Fructoza, sucroza, sorbitolul şi xilitolul 186

IV. Sensibilitatea la alimente

Capitolul 11. Intoleranţa alimentară 192
Capitolul 12. Sindromul de colon iritabil 236
Capitolul 13. Artrita reumatoidă şi crizele de artrită 261
Capitolul 14. Dieta prin eliminare: ghid pas cu pas 266

V. Copiii şi sensibilitatea alimentară

Capitolul 15. Colicile 297
Capitolul 16. Sensibilitatea bebeluşilor la laptele de vacă şi alte alimente 309
Capitolul 17. Sensibilitatea alimentară la copii 330

VI. Anexe

Anexa 1. Verificarea etichetelor alimentelor: sinonime ale ingredientelor alimentare 349
Anexa 2. Evitarea alimentelor-problemă şi înlocuitori pentru alimente obişnuite 351

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 3. Alimente înrudite 373
Anexa 4. Aditivii alimentari 380
Anexa 5. Apa îmbuteliată şi filtrele de apă 383
Anexa 6. Alimente care conţin salicilaţi 388

Index 391

Scanned with OKEN Scanner

Mulțumiri

Această carte se bazează pe cercetările şi expertiza clinică a mii de medici şi cercetători în domeniul medical din toată lumea, cărora le datorăm recunoştinţă pentru munca lor. În special, am dori să le mulţumim următorilor pentru ajutorul acordat prin răspunsurile la întrebări specifice pentru această ediţie: Sami Bahna, Gail Darlington, Jeanne Drisko, Jane Ellis, Janice Joneja, Markku Maki, Gareth Parkes, Jay Portnoy, Michael Radcliffe, Michael Tettenborn şi Saarela Timo. Le sîntem, de asemenea, recunoscători tuturor pacienţilor şi cititorilor care ne-au acordat permisiunea de a le publica istoricul medical.

Profesorul Brostoff doreşte să le mulţumească de asemenea şi lui Deanna Brostoff şi Joshua Brostoff. Linda Gamlin doreşte să le mulţumească lui Margaret Cox de la National Eczema Society şi lui David Reading de la Anaphylaxis Campaign pentru sprijinul acordat; lui Chris Norton de la UKDTP, care a tehnoredactat cartea, pentru entuziasmul, flexibilitatea şi răbdarea de care a dat dovadă; lui Dale Burgess de la Printondemand-worldwide pentru plăcerea de a lucra cu el; lui Chris şi Viv Lally pentru sfaturile şi buna lor dispoziţie; prietenilor amabili şi generoşi care au fost de ajutor în numeroase moduri: Claire Amato, David Burnie, Sheila Corr, Annabel Cullen, Liz Firth, Roger Gaskell şi Anne Pirie; şi, în cele din urmă, lui Frank Scott-Tomlin pentru încurajările, sfaturile, ajutorul editorial şi sprijinul practic oferit.

Scanned with OKEN Scanner

Costul uman

În cadrul controverselor medicale de lungă durată ce privesc rolul pe care l-ar putea juca sensibilităţile alimentare în boli comune, costul uman e adesea uitat. El este însă evident în scrisoarea pe care am primit-o în 1992 de la mama unei fetiţe:

„Nici nu-mi vine să cred", scria ea, „că, după şase ani şi jumătate de iad, a fost nevoie de ceva atît de simplu ca fetiţa mea să se facă bine". Citindu-i mai departe scrisoarea, ne-a fost clar că ea nu exagerase folosind cuvîntul „iad".

După ce citise o ediţie anterioară a acestei cărţi, mama găsise, în sfîrşit, rezolvarea pentru constipaţia severă de care suferea fetiţa ei. Problema persistase cam toată viaţa fetiţei şi îi provocase dureri abdominale intense. Era prezentă şi o scurgere mirositoare la nivelul anusului (cum se întîmplă adesea în cazul constipaţiilor severe la copii), care era dilatat de presiunea scaunului de dimensiuni mari ce se forma în intestin. Din cauza asta, se păta de cîteva ori pe zi, iar ceilalţi copii o necăjeau şi o agresau la şcoală.

Problemele ei de sănătate începuseră de la o vîrstă fragedă. „Din clipa în care s-a născut, nu i-a fost niciodată foame", scria mama ei. „Dura o zi întreagă să o forţez să bea vreo 30 de mililitri de lapte. Avea scaun o dată la patru săptămîni... La şase luni, a fost internată în spital, după nenumărate vizite la medic... Medicii spuneau că era atît de independentă, încît refuza să mănînce pînă nu era în stare să se hrănească singură. Cum să spui aşa ceva despre un bebeluş de şase luni? !

Cînd a început şcoala, stătea mai mult acasă decît la şcoală. Ceilalţi copii o necăjeau, spunîndu-i că miroase. Avea dureri de stomac atît de puternice, încît nu se putea apleca să se lege la şireturi. Îşi păta chiloţeii chiar şi de opt ori în fiecare zi.

La şase ani, a fost din nou internată. Mi s-a spus că nu are nimic din punct de vedere fizic şi că doar se abţinea să aibă scaun. Spuneau că e probabil din cauza a ceva ce s-a întîmplat acasă şi că problema era doar în mintea ei. Chiar ne-au trimis la psihiatru." Părinţii au fost, de fapt, acuzaţi că-şi abuzează copilul şi s-a pus problema ca fetiţa să fie dată în grija serviciilor sociale.

Eliminarea laptelui de vacă din dieta ei – ceea ce a făcut mama fetiţei după ce a citit cartea noastră – i-a vindecat constipaţia în cîteva zile. A trecut de la un scaun la fiecare patru săptămîni la unul în fiecare zi. S-a menţinut sănătoasă şi a devenit un copil mult mai fericit.

Unele reacţii la alimente care erau înainte clasificate ca intoleranţe alimentare – sau chiar considerate total imaginare – sînt acum reevaluate. Cercetătorii au arătat că sînt reacţii cît se poate de reale şi au depistat, în unele cazuri, chiar şi dovezi de reacţii imunitare, ceea ce înseamnă că trebuie considerate drept forme de alergii alimentare, mai degrabă decît intoleranţe.

Constipaţia cronică (pe termen lung) este doar unul dintre numeroasele exemple ce pot fi citate, dar istoria ei merită analizată în detaliu, deoarece arată cît de tîrziu se implementează noile descoperiri în acest domeniu controversat al medicinei. Acum douăzeci de ani, cînd am scris prima ediţie a acestei cărţi, în literatura medicală existau doar trei rapoarte izolate de constipaţie datorate sensibilităţii la alimente. Primul data din 1978, dar

Scanned with OKEN Scanner

respectivele lucrări medicale nu erau cunoscute decît de medicii interesaţi în mod special de intoleranţele alimentare. Nici un medic de practică generală nu şi-ar fi pus problema de a analiza posibilitatea ca intoleranţa alimentară să aibă vreun rol în cazul unui pacient ce suferea de constipaţie.

Abia la mijlocul anilor '90, medicii de la Spitalul universitar din Palermo, Italia, au efectuat un studiu sistematic pe copiii suferind de constipaţie şi au publicat rezultatele. Totul a început cînd au observat că unii dintre copiii ce manifestaseră reacţii alergice tipice la laptele de vacă atunci cînd erau bebeluşi (diaree, tuse sau eczemă atopică) au părut că le-au depăşit odată ce au trecut la o dietă normală, însă au revenit la spital cu constipaţie cronică. Laxativele nu-şi făceau efectul în cazul lor. Remarcînd problemele lor din trecut cu laptele de vacă, medicii au încercat să le elimine lactatele din alimentaţie, doar ca un experiment. Constipaţia a dispărut imediat.

Cînd au examinat mucoasa intestinului gros la aceşti copii, au depistat valori anormal de mari ale celulelor imunitare numite eozinofile. Aceste celule sînt cunoscute pentru capacitatea lor de a cauza inflamaţii severe. După ce au eliminat laptele din alimentaţie, au repetat testul, observînd că celulele eozinofile reveniseră la valori normale. (Se ştie că, dacă eozinofilele se acumulează în mucoasa tractului digestiv, ele se pot aduna şi în muşchii din jurul tractului digestiv, care sînt responsabili de deplasarea alimentelor şi fecalelor. Unul dintre efectele pe care îl au acumulările de eozinofile este imobilizarea acestor muşchi.)

Cercetătorii au încercat apoi să investigheze cazurile a 52 de copii din clinica lor, care sufereau de constipaţie cronică şi cărora nu li se administraseră laxative. (Aceasta a fost o abordare a problemei dintr-un unghi total diferit, întrucît nu mai erau investigaţi doar copiii cu un istoric anterior de sensibilităţi alimentare.) Eliminarea laptelui de vacă a vindecat constipaţia în cazul a 24 dintre copii. Restul au fost supuşi unei diete de diagnosticare prin eliminare. Aceasta a vindecat constipaţia altor şase copii, care aveau sensibilităţi alimentare multiple. În total, 30 dintre cei 52 de copii au scăpat de constipaţie doar prin eliminarea unuia sau a mai multor alimente din dietă.

Studii ulterioare ale aceleiaşi echipe, efectuate pe adulţi ce sufereau de constipaţie cronică, au arătat că starea cîtorva dintre ei s-a îmbunătăţit atunci cînd au evitat anumite alimente. Adesea era vorba de sensibilităţi alimentare multiple, iar alimentele trebuiau identificate prin intermediul unei diete de diagnosticare prin eliminare. Endoscopiile şi biopsiile la aceşti pacienţi adulţi au arătat că jumătate dintre ei aveau valori ridicate ale eozinofilelor la nivelul mucoasei intestinale, plus semne de enteropatie (afecţiuni ale mucoasei intestinale) similare celor costatate în boala celiacă.

Schimbarea opiniilor poate fi un proces deosebit de lent în medicină. Deşi descoperirile italienilor au fost curînd confirmate de alte echipe de cercetători, în 2001, Asociaţia Americană de Gastroenterologie a declarat doar că există o „posibilă" legătură între alergiile alimentare şi constipaţia cronică, care trebuie demonstrată prin cercetări suplimentare. În 2008, încă nu se schimbase nimic în multe ţări. În Statele Unite (şi, prin urmare, pe cele mai cunoscute site-uri Web ce oferă sfaturi medicale tradiţionale), listele standard ale posibilelor cauze ale constipaţiei cronice nu menţionează deloc sensibilităţile alimentare.

În Marea Britanie, situaţia e un pic mai bună – Societatea Britanică de Gastroenterologie afirmă că alergia la laptele de vacă poate fi un factor la unii copii, însă consideră că nu este o probabilitate dacă starea copilului e bună în rest. De fapt, mulţi dintre copiii cu constipaţie cronică cauzată de sensibilităţi alimentare nu au alte simptome alergice. (Posibilitatea sensibilităţii la mai mult de un singur aliment şi necesitatea unei diete de diagnosticare prin eliminare care să investigheze această situaţie, lucru pe care echipa din Palermo l-a dovedit cu certitudine, nu sînt deloc menţionate.)

Tratamentele standard oferite pentru a trata constipaţia sînt neschimbate – mai multe fibre în dietă, mai multe lichide, laxative şi tratamente destinate presupuselor probleme

Scanned with OKEN Scanner

emoţionale legate de „deprinderile mersului la toaletă". În timp ce toate acestea pot funcţiona în cazul multor copii cu constipaţie cronică, cei a căror constipaţie se datorează sensibilităţilor alimentare sînt privaţi de tratamentul adecvat pentru cauza respectivă. Investigaţiile medicale tradiţionale în cazul constipaţiei, oricît de extinse ar fi, în general nu includ diete de diagnosticare prin eliminare sau întrebări legate de reacţiile la anumite alimente din primii ani de viaţă ai copilului.

Medicii nu văd deseori cu ochi buni cărţile medicale de popularizare, precum cea de faţă, deoarece se tem că pacienţii cu probleme psihologice s-ar putea supune unor diete inadecvate nutriţional după ce citesc astfel de cărţi. Temerile sînt de înţeles, deşi, pe parcursul celor douăzeci de ani de cînd a apărut cartea aceasta pentru prima oară, nu ne-a scris nici un medic care să ne raporteze astfel de cazuri. Am primit însă, pe de altă parte, multe scrisori precum cea menţionată mai devreme, de la pacienţi (sau părinţii lor) care au avut diferite simptome deranjante ani întregi, adesea atît de severe, încît făceau imposibilă o viaţă normală. După ce au citit cartea şi au identificat sensibilităţile alimentare care le cauzau, s-au putut bucura din nou de o viaţă şi sănătate normale. Mulţi dintre semnatarii adulţi doreau să ne spună că s-au putut întoarce la muncă, pot acum ieşi în lume şi se pot distra, după ani întregi de boală incapacitantă (adesea calificată ca fiind în totalitate de natură psihosomatică).

Am primit, ocazional, şi scrisori de la medici de familie interesaţi să afle mai multe despre intoleranţele alimentare, în ideea că le-ar putea fi de folos unora dintre pacienţii lor. Dacă o astfel de deschidere ar deveni mai răspîndită, poate că, peste alţi douăzeci de ani, n-ar mai fi nevoie de această carte, deoarece intoleranţele alimentare vor fi diagnosticate şi tratate de medici. Aceasta ar fi dorinţa noastră legată de viitor – ca această carte să nu mai fie necesară.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

Diferența dintre alergie și intoleranță

Ce este alergia alimentară şi ce este intoleranţa alimentară? Care este diferenţa dintre ele? Cea mai bună cale de a încerca să răspundem la această întrebare este să prezentăm poveştile lui Jane şi Susan.

Povestea lui Jane

Problemele de sănătate ale lui Jane au început încă de cînd era bebeluş. Avea colici şi voma des, iar la vîrsta de trei luni i-au apărut eczeme pe faţă şi pe braţe. Chiar înainte de a se naşte Jane, medicul de familie ştia că familia era *atopică* – cu alte cuvinte, erau predispuşi la alergii. Mama ei avea alergie la polen în fiecare vară, iar bunicul pe linie maternă suferise de astm în copilărie – ambele fiind alergii des întîlnite. Cînd a crescut, Jane avea şi astm, şi alergie la polen, deşi doar în forme uşoare. Astmul ei se agrava în preajma pisicilor. Atunci cînd i-a introdus cantităţi infime de extracte de polen şi păr de pisică sub stratul superficial al epidermei, medicul lui Jane a constatat că pielea i s-a înroşit şi s-a inflamat, ceea ce denota că este alergică la ambele substanţe.

O dată sau de două ori cînd era mică, lui Jane i s-au umflat limba şi gura extrem de tare după ce mîncase, încît a trebuit să fie dusă de urgenţă la spital. Gîndindu-se bine la ce mîncase atunci, mama lui Jane şi-a dat seama că alunele erau cele care-i declanşaseră acea reacţie alarmantă. Medicul i-a făcut teste pe piele din nou şi a confirmat că Jane are o alergie alimentară – este extrem de sensibilă la alune. Celelalte teste pe piele au ieşit negative, deci se părea că poate mînca majoritatea alimentelor în siguranţă.

Deşi Jane a evitat alunele cu mare grijă de atunci, a mai avut probleme ocazionale. Într-o zi, pe cînd Jane avea opt ani şi părinţii ei dădeau o petrecere, ea a servit alune musafirilor dintr-un bol. Mai tîrziu s-a frecat la ochi şi pleoapele au început să i se umfle şi să o mănînce groaznic.

Cu toate că astmul şi alergia la polen au dispărut atunci cînd Jane a crescut mai mare, sensibilitatea la alune a rămas neschimbată.

Ca adult, Jane a avut o carieră de succes, care presupunea foarte multe călătorii şi mese în oraş. Oriunde lua masa, trebuia să fie atentă să evite tot ce conţinea alune – chiar şi în cantităţi infime. Toate au fost bune pînă ce Jane, acum la treizeci de ani, a comandat o plăcintă cu brînză la un restaurant. L-a întrebat pe chelner dacă pudra maronie de la suprafaţa plăcintei conţine vreun fel de nuci sau alune, iar el a asigurat-o că e doar ciocolată. De regulă asta era, dar bucătarul rămăsese fără suficientă ciocolată în ziua aceea şi o înmulţise cu altceva. Din nefericire pentru Jane, acel altceva erau diverse nuci măcinate foarte fin, printre care şi alune.

La cîteva secunde după ce a gustat din plăcintă, Jane a simţit o mîncărime în gură. Limba a început să i se umfle şi îi era din ce în ce mai greu să respire. Nu mai putea vorbi

şi, întrucît umflătura i-a blocat traheea, a început să se învinețească. În cîteva minute, a leşinat.

Colegii cu care lua cina erau îngroziţi şi nu ştiau ce să facă, dar a intervenit o persoană de la altă masă. Dintr-un noroc extraordinar, era medic. A luat repede o lingură de pe masă, i-a apăsat limba lui Jane cu mînerul lingurii, reuşind astfel să-i elibereze traheea. Jane şi-a schimbat uşor culoarea înapoi la roz, însă era tot într-o stare de inconştienţă (cunoscută sub numele de şoc anafilactic), iar faţa încă îi era foarte umflată. Între timp, cineva a telefonat la spital şi un alt medic a venit cu medicamentul salvator (adrenalină) de care avea nevoie Jane. După ce i s-a făcut injecţia, ea a început să-şi recapete treptat cunoştinţa.

După acel incident, Jane a avut şi mai mare grijă să evite alunele din alimente. Şi-a dat seama că ar fi putut muri dacă nu intervenea un medic să o salveze. Nu a mai avut probleme atîta vreme cît a evitat alunele cu mare atenţie.

Povestea lui Susan

Susan e cam de aceeaşi vîrstă cu Jane. Starea ei de sănătate a fost rezonabilă pe cînd era copil, exceptînd răcelile frecvente şi infecţiile pulmonare. La 21 de ani însă a avut un atac sever de diaree pe cînd călătorea în străinătate. Deşi s-a recuperat de pe urma acelui episod, intestinele ei nu şi-au mai revenit la normal. A persistat o formă uşoară de diaree, aşa că era nevoită să meargă la baie de cîteva ori pe zi, uneori în momentele cele mai nepotrivite. Odată cu trecerea anilor, problema s-a agravat treptat şi au apărut dureri neplăcute la nivelul abdomenului inferior. Cînd a mers, în cele din urmă, la medic, i s-a spus că are sindromul de colon iritabil, sau SCI, şi că trebuie să încerce să se relaxeze mai mult.

Timp de mulţi ani, Susan suferise şi de dureri de cap, însă nu le dăduse prea mare importanţă – lua, pur şi simplu, aspirină cînd simţea că încep. Într-o zi, chiar după ce împlinise douăzeci şi opt de ani, a simţit o durere stranie de cap, doar pe partea stîngă. A luat aspirină, însă durerea nu a trecut, chiar s-a intensificat şi ea a început să se simtă rău. Şi-a dat seama că nu suportă lumina şi a trebuit să tragă draperiile şi să se culce. În următoarele luni, Susan a avut mai multe astfel de crize, aşa că s-a dus la medic. Acesta i-a spus că e vorba de migrene şi i-a recomandat, din nou, să încerce să-şi facă mai puţine griji şi să înveţe să se relaxeze. Deşi i-a urmat sugestiile, migrenele au continuat, ca şi problemele intestinale.

În următorii cîţiva ani, Susan a trebuit să renunţe la ciocolată şi la alcool, întrucît îi provocau inevitabil migrenă în ziua următoare. Dar, deşi le evita, migrenele au continuat şi chiar au devenit mai frecvente. De asemenea, se simţea extrem de obosită, mai ales dimineaţa, cînd se trezea, iar uneori ameţea şi era confuză, ori devenea iritabilă, mai ales cînd îi era foame. Pe lîngă toate astea, a început să aibă nişte dureri ciudate la nivelul genunchilor. Durerile s-au înteţit treptat, iar cînd avea 34 de ani nu mai putea să urce repede scările fără să aibă dureri şi a fost nevoită să renunţe la mersul pe bicicletă şi la jogging deoarece îi provocau dureri insuportabile de genunchi. Durerile s-au răspîndit şi la alte articulaţii, făcînd-o să simtă că avea ceva într-adevăr grav, întrucît ajunsese să-i fie rău în cea mai mare parte a timpului.

Pînă atunci, Susan acceptase diagnosticul medicului, care îi spusese că majoritatea problemelor ei erau „de natură nervoasă", dar a început să aibă dubii. Era căsătorită acum şi avea un serviciu care-i plăcea şi care nu era deosebit de stresant. În afară de problemele de sănătate, nu mai avea alte griji – chiar se simţea mai liniştită şi mai fericită decît în oricare alt moment al vieţii –, atunci de ce starea ei de sănătate se înrăutăţea în loc să fie mai bună? A mers din nou la medic, care a examinat-o cu mare atenţie, dar nu a găsit nimic

Scanned with OKEN Scanner

în neregulă. A repetat diagnosticul anterior şi a sugerat că durerile de articulaţii erau, de asemenea, psihosomatice.

Cîteva luni mai tîrziu, Susan a citit un articol într-o revistă despre ceva numit „alergie alimentară", care părea să provoace genul de simptome pe care le avea ea. I-a cerut părerea medicului, care i-a spus că nu e nici o legătură între simptomele ei şi cele datorate alergiilor alimentare. Şi astfel a mai trecut un an, în care starea lui Susan s-a agravat.

Apoi a apărut un alt medic la cabinetul unde mergea ea şi i s-a sugerat să meargă la el, deoarece era interesat de simptome similare celor manifestate de ea. Cînd a mers la el, medicul nou i-a explicat că astfel de simptome pot fi cauzate de alimente, deşi existau şi alte posibile cauze. El a continuat prin a-i explica de ce colegul său respinsese ipoteza unei alergii alimentare – afecţiunea pe care o trata el era diferită, de aceea prefera termenul „intoleranţă alimentară". Nu-i putea garanta că aceasta e adevărata problemă, însă era cu siguranţă o posibilitate. I-a sugerat să încerce o dietă specială, care să nu includă nici unul dintre alimentele pe care le mînca în mod normal.

Susan a început dieta într-o luni, plină de speranţe, dar pînă marţi se simţea deja foarte rău. Oboseala era mult mai accentuată şi a avut o migrenă mai severă decît oricare alta, care a durat şi toată ziua de miercuri. Joi se simţea complet sfîrşită din cauza migrenei, iar vineri i-a fost un pic mai bine. Disperată, l-a sunat pe medic, care i-a spus însă să persevereze cu dieta.

Sîmbătă, Susan s-a trezit destul de devreme, înainte să sune ceasul – ceva destul de neobişnuit, întrucît îi era, de obicei, greu să se trezească. Cînd s-a ridicat din pat, a observat că nu a mai simţit durerea obişnuită de genunchi. A încercat să coboare scările, apoi le-a urcat în fugă – chiar în fugă! Nu mai făcuse asta de multă vreme. Spre uimirea ei, durerile de articulaţii pe care le îndura de ani de zile dispăruseră complet.

Pe parcursul zilei, ea a realizat că se simţea complet diferit – nu mai era obosită, mintea îi era mai limpede şi nu o durea deloc capul, ca în fiecare weekend pînă atunci. Se simţea mai bine pentru prima dată în mulţi ani. În următoarele cîteva zile şi starea intestinelor ei era mult mai bună.

Cînd s-a întors la medic, Susan jubila – nici nu-i venea să creadă cît de bine se simţea. Chiar şi iritabilitatea care credea că ţine de personalitatea ei dispăruse.

Medicul i-a explicat că acum trebuia să reintroducă alimentele, pe rînd, pentru a vedea ce efect au. În următoarele cîteva luni, a încercat toate alimentele pe care le mînca înainte. Unele dintre ele nu au avut nici un efect, însă altele i-au făcut mult rău – laptele, grîul, secara, orzul, drojdia, portocalele, lămîile, carnea de vită şi roşiile erau principalii vinovaţi. Evitînd toate aceste alimente, Susan şi-a menţinut starea de bine. Migrenele, care o chinuiau o dată sau de două ori pe săptămînă, erau acum de domeniul trecutului.

După opt luni, medicul i-a sugerat să încerce unele dintre alimentele incriminate, pentru a vedea ce efect au. A descoperit că încă reacţiona la lapte, dar nu mai avea probleme cu celelalte alimente. Medicul i-a recomandat să nu le mănînce decît o dată la patru zile. Un an mai tîrziu, Susan putea bea lapte, fără efecte nedorite, cu condiţia să o facă doar din cînd în cînd. În mod interesant, a descoperit că poate să bea şi alcool, cu moderaţie, şi să mănînce ciocolată, fără să mai aibă migrene din cauza lor.

Alergia şi intoleranța

Este clar că şi lui Jane şi lui Susan le-a fost rău din cauza alimentelor pe care le mîncau. Dar simptomele lor erau foarte diferite – la fel ca şi tratamentele administrate de medici. Alergia alimentară – cauza bolii neaşteptate a lui Jane – este o afecţiune recunoscută, al cărei

Scanned with OKEN Scanner

mecanism este înţeles destul de bine. Intoleranţa alimentară, pe de altă parte, nu este considerată un diagnostic valid de către cei mai mulţi medici. Majoritatea sînt de acord că *există* ceva precum intoleranţa alimentară (deşi s-ar putea să o numească altfel), dar insistă că prea puţini oameni sînt afectaţi. Ca şi primul medic al lui Susan, ei vor considera că pacienţii cu simptome vagi şi multiple, care includ migrene, oboseală şi diaree, suferă de fapt de probleme mentale şi emoţionale care se traduc printr-o stare proastă de sănătate.

Această carte se ocupă de alergia alimentară clasică (cazul lui Jane) şi de intoleranţa alimentară (cel al lui Susan), precum şi de alte reacţii la alimente, cum ar fi cea care stă la baza bolii celiace (vezi capitolul 7), tipul de reacţie imună manifestat la unii copii cu eczemă atopică (imunitate celulară – vezi capitolul 6), reacţiile cauzate de acumulări masive de eozinofile în anumite părţi ale tractului digestiv (vezi capitolul 7), intoleranţă la lactoză (vezi capitolul 9) şi alte reacţii la alimente care stau la originea problemelor de digestie la sugari (vezi capitolul 10). Toate acestea sînt boli rezultate din reacţii de sensibilitate individuală, în care cîţiva indivizi ghinionişti au probleme din cauza unor alimente complet inofensive şi sănătoase pentru restul lumii.

Semnificaţia termenului „alergie"

Componenta de bază a controversei medicale legate de reacţiile adverse la alimente este disputa asupra înţelesului termenului „alergie". Un medic vienez, Baronul Clemens von Pirquet, a folosit pentru prima oară cuvîntul în 1906 pentru a denumi „reactivitatea modificată". Intenţia lui era de a include aici *orice* formă de răspuns modificat la mediu. (În acest context, „mediu" înseamnă toţi factorii externi care pot afecta organismul, din alimente sau din apă, din aerul respirat sau din lucrurile care vin în contact cu pielea.) Von Pirquet a mai introdus şi termenul *alergen*, care să descrie substanţele ce provoacă reacţiile modificate.

La vremea aceea, nu se ştia aproape nimic despre modul în care au loc aceste reacţii, aşadar ideea iniţială de alergie a lui Von Pirquet includea un amestec vast de reacţii fără prea multe legături între ele. Deceniile următoare au adus o înţelegere mai aprofundată şi astfel, odată cu fiecare progres al cunoaşterii, semnificaţia alergiei devenea mai precisă.

În 1925, experimentele arătaseră deja că multe reacţii adverse la polen sau alimente pot fi transferate de la o persoană la alta prin injectarea unei cantităţi mici de ser (sînge din care au fost înlăturate celulele sangvine) în piele. În cadrul unui experiment de-acum legendar, Carl Prausnitz şi Heinz Küstner şi-au transferat o reacţie alergică de la unul la celălalt. Küstner era deosebit de alergic la peştele gătit. Prausnitz şi-a injectat o cantitate mică de ser recoltat de la Küstner în pielea de pe braţ şi, în următoarele patru săptămîni, zona din jurul injecţiei se inflama şi îl mînca ori de cîte ori mînca peşte. Cam în aceeaşi perioadă, un pacient a primit o transfuzie de sînge de la un donator care era alergic la cai. Cînd pacientul s-a întors la grajdurile sale, a suferit un atac acut de astm. Din fericire, şi această sensibilitate a dispărut în timp.

Cazurile acestea, pe lîngă altele, au indicat rolul pe care l-a jucat sistemul imunitar (vezi capitolul 2). Majoritatea specialiştilor în domeniu au hotărît să restrîngă şi mai mult definiţia alergiei: din acel moment, o afecţiune putea fi descrisă ca fiind o alergie numai dacă se dovedea implicarea clară a sistemului imunitar.

Modalitatea de a dovedi implicarea sistemului imunitar era testul cutanat. Acesta presupunea producerea unui extract purificat al alergenului. O cantitate mică din extract era apoi injectată în piele, prin zgîriere sau înţepare. Dacă zona injectată se umfla, se înroşea şi prezenta mîncărimi, atunci se producea o reacţie imunitară.

Scanned with OKEN Scanner

Era clar că pacienţii cu anumite afecţiuni urmau să aibă rezultate pozitive la testele cutanate. Afecţiunile în cauză erau alergia la fîn, astmul (incapacitatea de a respira cu episoade de sufocare) şi rinita nesezonieră sau perenă (nas permanent înfundat sau care curge constant). Au fost de asemenea legate de teste pozitive, deşi într-o mai mică măsură, afecţiuni ca urticaria (iritaţie care se aseamănă cu înţepăturile de urzică) şi un tip de eczemă (zone cu piele înroşită, cu prurit şi descuamată). Medicii şi-au dat seama că sînt pe punctul de a descoperi ceva, deoarece cele cinci afecţiuni păreau adesea să se manifeste împreună - fie la acelaşi individ, fie în familii. Totul începea să se lege.

Aceste afecţiuni au devenit rapid singurul subiect de studiu legitim al alergologilor tradiţionali. Încă sînt numite *tulburările alergice clasice.*

Rangul alergiilor include tipul de reacţie la alimente adesea violentă şi care survine rapid după ingerarea alergenului, de regulă în cîteva minute. Simptomele pot include umflarea buzelor, a limbii şi a gurii, urticarie generalizată, vomă şi, în cazurile severe, leşin sau şoc anafilactic - reacţia pe care a avut-o Jane cînd a mîncat plăcinta cu brînză care conţinea alune. În astfel de cazuri, aproape întotdeauna testul pielii era pozitiv la alimentul suspect.

Nu toată lumea a fost mulţumită de schimbarea definiţiei alergiei. La vremea cînd s-a făcut modificarea, cîţiva medici din SUA deja studiau ceea ce ei numeau alergii alimentare „întîrziate" sau „mascate". În cazurile studiate, simptomele erau mult mai variate. Dura mai mult pînă apăreau şi erau, în general, mai puţin severe. Deoarece testele cutanate erau rareori pozitive în cazul alimentului incriminat, aceste tipuri de reacţie nu puteau fi incluse în noua definiţie a alergiei.

Medicii preocupaţi de „alergiile alimentare mascate" au protestat faţă de redefinirea alergiei anunţată de colegii lor, însă noul curent ortodox în domeniu a învins. Mai mult decît atît, au fost supuşi la presiuni atît din partea comunităţii medicale, cît şi a marilor companii alimentare, care finanţau o mare parte din cercetările medicale din SUA şi care erau alarmate de ideea că segmente întregi de populaţie ar descoperi că nu pot mînca lapte sau grîu - cei doi vinovaţi principali desemnaţi de alergologii alternativi. Există foarte puţine alimente procesate care *nu* conţin grîu sau lapte.

Unii medici implicaţi în cercetările controversate erau oameni de ştiinţă deosebit de respectaţi, cu cariere promiţătoare în faţă. Presiunile i-au forţat însă, în cele din urmă, să se îndepărteze de curentul principal al medicinei şi să-şi deschidă cabinete private, unde au continuat să folosească termenul „alergie" după cum îl înţelegeau ei - adică însemnînd „reactivitate modificată". Tradiţia a continuat în SUA şi mulţi medici din domeniu folosesc şi astăzi termenul „alergie" cu înţelesul acesta mult mai larg. Alţi medici, în special din Marea Britanie, preferă termenii mai puţin controversaţi de „intoleranţă alimentară" sau „sensibilitate alimentară". (Terapeuţii alternativi însă folosesc adesea termenul „alergie" în înţelesul mai larg, la fel ca şi numeroşi jurnalişti.)

IgE

Un progres major în domeniul alergiei clasice - care a contribuit şi la amplificarea diferenţelor faţă de medicii care lucrau cu „alergiile alimentare întîrziate" - a fost descoperirea imunoglobulinei E, sau IgE, în anii '60. Tipul acesta de imunoglobulină, sau anticorp, este principalul vinovat în afecţiunile alergice clasice. Modul în care acţionează va fi descris mai detaliat în capitolul 4, dar vom oferi un scurt rezumat mai jos.

Anticorpul este o moleculă de proteină care joacă un rol important în lupta împotriva bacteriilor sau viruşilor ce cauzează boli. Este un element crucial al sistemului imunitar. Anticorpul se leagă de o ţintă specifică, numită antigen. Ţinta e, în general, o substanţă chimică localizată pe un virus sau o bacterie, astfel încît anticorpul se lipeşte de microb.

Scanned with OKEN Scanner

Anticorpii legaţi joacă rolul de acuzator al microbului invadator, alertînd astfel alte părţi ale sistemului imunitar. Prezenţa lor provoacă celulele de apărare ale organismului (celulele imunitare) să atace microbul. Lupta dusă de sistemul imunitar poate cauza inflamaţii.

Sistemul imunitar e menit să apere organismul de boli, dar poate face asta doar reacţionînd la *orice* intră în organism din exterior – inclusiv factori inofensivi, cum sînt alimentele. Cu toate acestea, există un sistem de verificare şi echilibrare care împiedică reacţiile la alimente să se manifeste exagerat şi să se transforme într-un atac propriu-zis, care să ducă la inflamaţii.

Acesta este cazul persoanelor sănătoase. Corpul produce anticorpi de un anumit tip împotriva alimentelor (anticorpi IgA şi IgG) şi are diverse mecanisme de control care nu le permit acestor anticorpi să provoace reacţii majore din partea sistemului imunitar. Reacţia imunitară la alimente nu provoacă, în mod normal, nici un fel de simptome.

În alergiile alimentare, organismul produce tipul greşit de anitcorpi – IgE. Anticorpii IgE sînt cei mai violenţi din sistemul imunitar şi provoacă reacţii în lanţ de mare anvergură. Atunci cînd îşi fac treaba – atacarea unor invadatori ce pot cauza boli deosebit de grave –, anticorpii IgE sînt extrem de utili. Dar atunci cînd IgE sînt produşi pentru a lupta împotriva proteinei din ou sau din alune, poate avea loc o reacţie dezastruoasă.

Anticorpii IgE se leagă adesea de suprafaţa unor celule imunitare speciale numite mastocite sau bazofile. Dacă moleculele IgE de pe suprafaţa unui mastocit îşi întîlnesc antigenul specific şi se leagă de el, mastocitul primeşte semnalul declanşator pentru a elibera cantităţi masive de mesageri chimici. Scopul lor normal este să organizeze o reacţie imunitară adecvată, dar la cineva cu alergie alimentară severă pot produce simptomele devastatoare ale unei reacţii alergice în toată regula. Antigenul care cauzează o astfel de reacţie (cum ar fi proteina din ou) se numeşte *alergen* (termen brevetat de von Pirquet, care are acum un înţeles mai restrîns).

Descoperirea IgE a fost de o importanţă epocală pentru alergologii clasici. Testele de laborator au arătat că, la mulţi pacienţi cu simptome alergice clasice, cum ar fi la polen sau eczemă atopică, nivelul total de IgE în sînge era peste valorile normale. Testele pentru anticorpii IgE specifici se potriveau, în general, cu alergiile cunoscute ale pacienţilor – astfel, de exemplu, o persoană care suferă atacuri de astm în preajma unei pisici va avea un nivel ridicat de IgE împotriva proteinelor din părul de pisică, dar nu împotriva proteinelor asociate altor animale. Într-o perioadă scurtă de timp, IgE a devenit referinţa principală pentru alergologii tradiţionali.

Atunci cînd imunologii au analizat nivelul IgE la pacienţii diagnosticaţi cu alergii alimentare, au descoperit o diviziune de bază. Pacienţii ca Jane, cu reacţii imediate şi violente chiar şi la cantităţi infime din alimentul incriminat, aveau aproape întotdeauna valori ridicate ale IgE faţă de acel aliment, confirmînd statutul afecţiunii ca alergie clasică. Pacienţii ca Susan, cu reacţii „întîrziate" sau „mascate" la alimente, rareori produceau IgE pentru alimentele în cauză.

Bătălia cuvintelor

„Cînd *eu* folosesc un cuvînt, înseamnă ce aleg eu să însemne...", declara Humpty Dumpty în *Alice în ţara din oglindă*. Din nefericire, există atît de multe neînţelegeri legate de termeni precum „alergie alimentară", „intoleranţă alimentară" şi „sensibilitate alimentară", încît oricine scrie pe acest subiect e forţat să adopte atitudinea lui Humpty Dumpty. Singura opţiune este să selectezi un set de cuvinte adecvate al căror înţeles să fie stabilit de la început.

Scanned with OKEN Scanner

Alergia alimentară este folosită în această carte pentru a desemna orice reacție adversă la alimente în care sistemul imunitar este clar implicat. Aceasta include alergiile alimentare cauzate de IgE, precum cele descrise mai sus, și alte reacții alimentare, cum ar fi boala celiacă (vezi capitolul 7) și gastroenterita eozinofilică (vezi p. 321), unde se știe că sistemul imunitar e cel care provoacă simptomele.

Alergia alimentară clasică mediată de IgE este tipul de alergie pe care am văzut-o deja la Jane (vezi mai sus), unde IgE este vinovatul iar simptomele sînt imediate și adesea severe, putînd ajunge la anafilaxie. (O vom numi *alergie alimentară clasică IgE* mai pe scurt și uneori doar *alergie alimentară clasică*.)

Sindromul de alergie orală este un tip de alergie alimentară cauzată de IgE care afectează persoanele sensibile și la polen. Prezintă simptome pe termen scurt la nivelul gurii, cum ar fi furnicături sau mîncărimi, ca reacție la ingerarea anumitor fructe și legume.

Alergiile alimentare cauzate de IgE includ alergia alimentară clasică (reacții ca ale lui Jane), plus sindromul de alergie orală și orice alt tip de alergie alimentară în care rolul central e jucat de reacția provocată de IgE la nivelul mastocitelor și bazofilelor. Aceasta include și reacțiile IgE care se produc mai lent și au ca rezultat voma sau diareea, de exemplu. Vom folosi *alergie alimentară IgE* pe scurt.

Alergiile alimentare necauzate de IgE presupun reacții precum gastroenterita eozinofilică sau boala celiacă, unde se știe că sistemul imunitar cauzează simptomele, însă nu sînt implicați anticorpii IgE sau, cel puțin, nu au un rol central în reacție. (Vom folosi termenul prescurtat *alergie alimentară non-IgE*.) Aceste afecțiuni implică diferite tipuri de reacții imunitare, uneori mai multe în același timp. Trebuie menționat că există zone confuze în această categorie, de exemplu în cazul bolii eozinofilice, deoarece unii pacienți au, de fapt, IgE pentru alimentul respectiv, dar au și o reacție eozinofilică față de același aliment. Ambele reacții contribuie la simptome. O altă zonă confuză este reprezentată de reacțiile alimentare în cazul eczemei atopice, la care unii copii ce suferă de eczemă atopică testează pozitiv la IgE pentru alimentele suspecte, iar alții nu. Cei din urmă se pare că au o alergie non-IgE la acel aliment, așa cum este explicat în capitolul 6.

Alergiile alimentare false denotă aici un tip special de reacție non-imunologică, constatată la anumite alimente, unde o anumită substanță din aliment declanșează mastocitele *în mod direct*. Reacția nu este o alergie: sistemul imunitar nu este deficient și organismul nu produce prea mulți anticorpi IgE. Dar, pentru că rezultatul final (mastocitele și bazofilele eliberează mesageri chimici) este același, simptomele sînt aceleași cu ale alergiei alimentare. Subiectul e tratat în capitolul 8.

Reacțiile alimentare prin deficiență de enzime sînt cele cauzate de insuficiența unei anumite enzime necesare pentru digestia unui aliment. Un exemplu comun este intoleranța la lactoză, care apare cînd individul nu produce suficientă lactază – enzima care digeră lactoza. Lactoza e zahărul care se găsește în lapte, așa că persoanele cu insuficientă enzimă specifică vor reacționa neplăcut dacă beau lapte. Există și alte sensibilități cauzate de deficitul de alte enzime, descrise în capitolul 10. (Observați că sîntem obligați să folosim termenul „intoleranță la lactoză" deoarece este atît de cunoscut și larg acceptat. La modul ideal, nu l-am folosi: vezi mai jos, la „Intoleranțe alimentare".)

Aversiunea alimentară înseamnă evitarea și dezgustul față de un anumit aliment din motive pur psihologice. Pot apărea simptome reale produse de factori psihologici, dar nu de reacții fizice reale la alimente. Cînd alimentul e administrat sub o formă deghizată, nu se manifestă nici o reacție.

Intoleranța alimentară, cu sensul folosit în această carte, înseamnă orice reacție adversă la un aliment care nu este cauzată de sistemul imunitar și nu este o alergie alimentară falsă, o reacție psihologică la aliment sau datorată deficienței unei enzime. Este genul de reacție văzut la Susan (vezi p. 14), uneori numită „alergie alimentară întîrziată" sau „alergie

Scanned with OKEN Scanner

alimentară mascată" de terapeuţii alternativi sau de unii medici din afara curentului medical tradiţional, în special din Statele Unite. Intoleranţa alimentară produce o varietate de simptome la indivizi diferiţi şi manifestă o întîrziere de cîteva ore de la ingestia alimentelor pînă la efectele adverse. Cauza acestei probleme nu este cunoscută în prezent, deoarece testele cutanate şi alte teste sînt negative. Aceasta nu exclude posibilitatea ca reacţiile imunitare să fie prezente într-un mod sau altul, dar e puţin probabil ca ele să fie factorul major ce produce simptomele. Termenul corect pentru această afecţiune este *intoleranţă alimentară idiopatică*, care este prea complicat, de aceea vom folosi doar termenul „intoleranţă alimentară". (*Idiopatic* înseamnă că nimeni nu cunoaşte cauza şi se poate manifesta diferit la diverse persoane.) Observaţi că, dacă am avea libertatea de a alege, nu am folosi termenul „intoleranţă la lactoză", deoarece nu includem reacţiile cauzate de deficienţe de enzime la formele de intoleranţă alimentară. Cu toate acestea, expresia este extrem de comună, aşa că am decis să o păstrăm în loc să inventăm un nou termen.

Sensibilitatea alimentară este folosită ca un termen ce include alergiile şi intoleranţele alimentare, dar şi alte reacţii adverse la alimente, *cu excepţia* celor de origine pur psihologică. Va fi în curînd evident că graniţa dintre alergia şi intoleranţa alimentară nu este întotdeauna foarte bine marcată, fiind nevoie de un termen care să le includă pe amîndouă.

Definiţiile prezentate mai sus sînt cele cu care majoritatea medicilor practicanţi în acest domeniu sînt în cea mai mare măsură de acord, deşi ar putea folosi anumiţi termeni în alte accepţii. (Unele variaţii confuze sînt enumerate mai jos şi vom menţiona şi alte variaţii de terminologie pe parcurs.) Nu uitaţi însă, atunci cînd comparaţi cartea de faţă cu alte cărţi sau cu articole din reviste, cu site-uri Web, că aceleaşi cuvinte ar putea fi folosite cu înţelesuri *total* diferite de către jurnalişti, terapeuţi alternativi şi chiar unii medici care lucrează în afara curentului medical general acceptat. Aceasta poate crea confuzii şi v-ar putea determina să porniţi pe o pistă greşită, în căutare de teste sau tratamente. Cea mai mare problemă e folosirea termenului „alergie alimentară" referitor la genul de reacţii pe care noi le-am descrie ca „intoleranţă alimentară". Asiguraţi-vă de la început care este sensul cu care site-ul, revista sau cartea respectivă foloseşte cuvintele.

Este, de asemenea, important să ne amintim că definiţiile date mai sus sînt *teoretice* şi că există o mare diferenţă între teorie şi practică atunci cînd e vorba de diagnosticarea individuală a pacienţilor. În practică, desemnarea unei afecţiuni ca fiind alergie sau intoleranţă alimentară s-ar putea să nu depindă atît de mult de teste, cutanate sau de alt fel, ci de natura simptomelor manifestate de pacient. Dacă simptomele se numără printre cele asociate în mod tradiţional cu alergiile, cum ar fi astmul sau urticaria, şi dacă se dovedeşte că alimentele sînt de vină, atunci afecţiunea va fi probabil numită alergie alimentară, chiar dacă testele pe piele sînt negative, cum se întîmplă în unele cazuri. Dacă, pe de altă parte, simptomele nu sînt de tip alergic – ca în cazul lui Susan –, atunci se va folosi eticheta de „intoleranţă alimentară". Testele cutanate nu se vor efectua în mod normal, deoarece sînt şanse foarte slabe să iasă pozitive, iar medicii le vor considera doar o risipă de timp şi resurse.

Rezultă că, teoretic, distincţia între alergie şi intoleranţă se bazează pe *cauze*. Dacă e să ne bazăm pe exactitate însă, distincţia se bazează mai degrabă pe *simptome*, deoarece se ştie că astmul sau urticaria sînt reacţii alergice reale, în timp ce migrenele şi oboseala nu. În cazul unui simptom precum diareea, cauza poate fi o reacţie alergică, una de intoleranţă sau cu totul altceva. În astfel de cazuri este nevoie de teste speciale pentru a ajunge la diagnosticul de alergie alimentară.

Atunci cînd pacienţii manifestă un ansamblu de simptome care includ, să spunem, astm *şi* migrene, diagnosticul e mai dificil. Dacă toate simptomele dispar deodată cînd sînt evitate anumite alimente, este vorba de alergie sau de intoleranţă? Nu se poate răspunde cu uşurinţă la această întrebare, de aceea, în lucrarea de faţă, vom folosi termenul general „sensibilitate alimentară" pentru a denumi astfel de situaţii.

Scanned with OKEN Scanner

Variații ale sensurilor în care medicii folosesc aceşti termeni

Iată cîteva dintre variațiile din terminologia medicală, care pot cauza cele mai mari confuzii:

Intoleranța alimentară se referă uneori *doar* la probleme de deficiențe de enzime, cum ar fi intoleranța la lactoză. Medicii care folosesc termenul în acest mod sînt de părere că alte tipuri de intoleranță alimentară (cele idiopatice, ca în cazul lui Susan) sînt doar mituri.

Intoleranța alimentară poate, de asemenea, fi folosit ca un termen general mai vast, care include orice tip de reacție de sensibilitate la alimente – cu alte cuvinte, ceea ce denumim noi prin *sensibilitate alimentară*.

Alergia alimentară (sau, uneori, *adevărata alergie alimentară*) încă se foloseşte doar cu referire la alergiile de tip IgE la alimente sau alergiile alimentare clasice IgE, conform multor medici convenționali. Celor care folosesc termenul în acest fel le va fi greu să accepte descrierea bolii celiace, de exemplu, drept o alergie alimentară, deşi în literatura de specialitate devine un termen logic asociat bolii. Introducerea la capitolul 7 tratează acest aspect mai în profunzime.

Aşa cum am explicat la p. 17, unii medici specializați în tratamentul intoleranțelor alimentare încă le mai numesc *alergie alimentară mascată* sau *întîrziată*, iar ocazional vor spune doar *alergie alimentară*, cu intenția de a include aici şi intoleranțele. Aceasta se întîmplă mai frecvent printre medicii americani şi s-ar putea să întîlniți acest înțeles pe site-uri din Statele Unite.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 2

Alimentele şi organismul

Sistemul digestiv – care este alcătuit din cavitatea bucală, stomac şi intestine – are misiunea de a descompune alimentele şi de a extrage din ele substanţele nutritive şi energia. Substanţele nutritive sînt, de exemplu, proteinele şi vitaminele, de care avem nevoie pentru a ne menţine în viaţă, a ne mişca şi a fi sănătoşi.

Ficatul (care face practic parte din sistemul digestiv) este responsabil cu procesarea toxinelor din alimente sau orice alte substanţe toxice intrate în organism. De asemenea, transformă materiile prime obţinute din alimente în substanţele de care organismul are nevoie şi execută numeroase alte funcţii de întreţinere care menţin calitatea sîngelui şi alte elemente ale organismului în bună stare de funcţionare.

Sistemul imunitar are misiunea de a ne proteja de multitudinea de microbi (bacterii, viruşi, ciuperci şi altele) care s-ar instala în organism dacă li s-ar da ocazia.

Toate aceste sisteme interacţionează cu mîncarea şi între ele. Împreună alcătuiesc o maşinărie complexă, eficientă şi adaptabilă care are puterea să ne menţină sănătoşi, dar să ne şi îmbolnăvească. Capitolul de faţă va încerca să explice cum funcţionează această maşină vie – îndeajuns pentru a înţelege, în termeni generali, ce fenomene au loc în diferitele tipuri de alergii şi intoleranţe.

Sistemul digestiv

Digestia începe în cavitatea bucală, cu procesul de masticaţie, care fărîmiţează alimentele şi le amestecă cu salivă. *Enzimele* conţinute în salivă încep să descompună amidonul (carbohidrat complex) din alimente precum cartofii, pîinea şi orezul. Saliva mai conţine şi o substanţă antibacterială numită *lizozim*, prima dintre numeroasele elemente defensive pe care sistemul digestiv le foloseşte împotriva infecţiilor.

Cînd înghiţim mîncarea, ea este transportată prin esofag, un tub care duce la stomac.

Mîncarea este împinsă cu ajutorul *mişcărilor peristaltice* ale esofagului. Pereţii esofagului conţin un strat de muşchi, care se contractă în anumite puncte, îngustînd astfel esofagul. Cînd înghiţim o bucată de pîine, de exemplu, esofagul se va contracta brusc deasupra bolului alimentar şi va rămîne deschis mai jos de el. Astfel, pîinea este împinsă în jos. Urmează apoi o altă contracţie, chiar deasupra ei, care o împinge mai departe, şi tot aşa pînă ajunge la stomac.

Intrarea în stomac este controlată de *sfincterul esofagian*, un orificiu îngust controlat de un inel muscular care se relaxează pentru a permite bolului alimentar să intre în stomac. După ce mîncarea a ajuns în stomac, sfincterul se închide din nou, pentru a împiedica mîncarea de a se întoarce în esofag.

Scanned with OKEN Scanner

Ce conţin alimentele?

Alimentele conţin numeroase tipuri de substanţe. Cu toate acestea, principalii constituenţi pot fi clasificaţi în trei mari categorii: proteine, carbohidraţi şi grăsimi.

Proteinele se găsesc în aproape toate alimentele, dar cele mai bogate surse sînt carnea, peştele, ouăle şi laptele. Dintre sursele vegetale, fasolea şi lintea sînt cele mai bogate în proteine. Proteinele sînt alcătuite din şiruri lungi, precum mărgelele într-un şirag. Mărgelele sînt numite *aminoacizi*. Există douăzeci de tipuri comune de aminoacizi, fiecare diferit din punct de vedere chimic. O singură moleculă de proteină poate conţine sute de aminoacizi. Cînd proteina este descompusă în fragmente mai mici, acestea se numesc *peptide*. Proteinele sînt tipuri de molecule deosebit de individualizate, fiind astfel ideale pentru funcţia de *antigeni* – molecule folosite de sistemul imunitar ca marcatori cu scop de recunoaştere imunitară.

Carbohidraţii sînt alcătuiţi din şiruri lungi de *zaharuri*. Ei includ amidonul, zaharurile şi fibrele şi sînt descrişi la p. 45

Grăsimile şi uleiurile sînt alcătuite din şiruri foarte lungi de atomi de carbon cu atomi de hidrogen ataşaţi. Deşi prezintă uşoare variaţii, în esenţă sînt asemănătoare.

Digestia din intestin constă în descompunerea moleculelor mari din alimente – proteinele, grăsimile şi carbohidraţii complecşi – pînă cînd sînt suficient de mici pentru a fi absorbite prin pereţii intestinali în fluxul sangvin. Apoi sînt descompuse mai departe, în principal de către ficat, în molecule şi mai mici, ce sunt folosite pentru a menţine organismul în viaţă.

În stomac

Stomacul este un sac muscular plin cu acid. Straturile groase de muşchi ale stomacului se contractă în mod repetat împingînd mîncarea înainte şi înapoi, pentru a o descompune treptat. Acidul produs de stomac este de ajutor, deoarece înmoaie materiile fibroase din bolul alimentar şi omoară o mare parte din bacteriile conţinute de mîncare.

Digestia proteinelor începe în stomac şi este efectuată de enzimele cu rol de descompunere a proteinelor, enzime secretate de celulele specializate ale mucoasei stomacului.

Mîncarea rămîne în stomac între una şi patru ore. O masă bogată în grăsimi va rămîne în stomac cel mai mult timp, în timp ce o masă alcătuită în mare parte din carbohidraţi (amidon şi zaharuri) va sta cel mai puţin. În stomac are loc un grad foarte mic de absorbţie, deşi cîteva elemente - apa, alcoolul şi sarea, de exemplu - trec în fluxul sangvin. Cînd e gata să părăsească stomacul, mîncarea e transformată într-un lichid denumit *chim*.

În cazul bebeluşilor, ceea ce se petrece în stomac este uşor diferit. Există mai puţin acid, pe de o parte, iar digestia grăsimilor din lapte începe în stomac, spre deosebire de adulţi, la care are loc mai tîrziu. Prin intermediul unei enzime numită *renină*, laptele din stomacul bebeluşului trece într-o stare semisolidă, care îi întîrzie înaintarea spre intestine. (Odinioară, copiii serveau la desert cheag de lapte, obţinut din adăugarea de renină în lapte, pentru a-l solidifica.)

Ce sînt enzimele?

Enzimele sînt proteine specializate şi extrem de utile care stau la baza proceselor vii. Deşi nu pot fi văzute, nici măcar la microscop, există sute de mii de feluri diferite de enzime în corpul uman. Enzimele se găsesc doar în organismele vii (cele din componenţa detergenţilor sînt derivate din organisme vii) şi sînt esenţiale vieţii.

Scanned with OKEN Scanner

Fiecare enzimă are o anumită funcţie chimică în organism. Unele (enzimele digestive) descompun mîncarea în fragmente mai mici care pot fi absorbite în sînge şi folosite ca materii prime. Unele enzime transformă materiile prime în elementele necesare pentru regenerarea sau creşterea corpului. Altele eliberează energie din mîncarea absorbită. Altele descompun toxinele (enzimele de detoxifiere). Cam toate procesele care au loc în organism se bazează pe enzime, direct sau indirect. Ele sînt forţa de lucru a organismului.

Enzimele au rol de catalizatori, făcînd posibile anumite reacţii. Ele au nevoie de condiţii specifice pentru a putea lucra, cum ar fi un anumit nivel de aciditate, sau să fie aproape de alte enzime care fac parte din aceeaşi echipă şi împreună cu care lucrează pentru a declanşa o anumită secvenţă de reacţii. Fiecare enzimă are cerinţele ei.

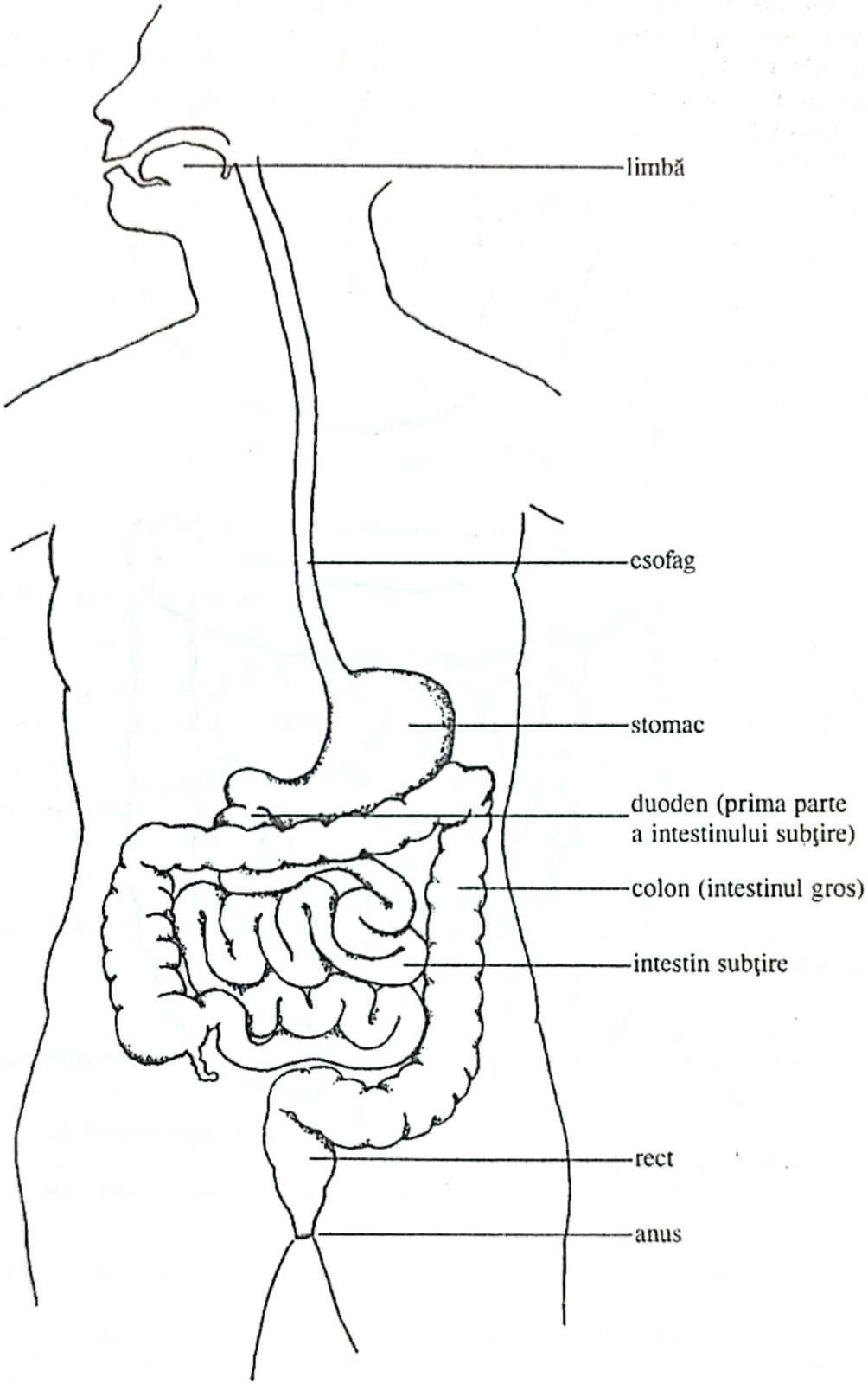
Probabil că unul dintre motivele pentru care citiţi această secţiune este că aţi văzut cum enzimele sînt promovate ca fiind o formă de tratament pentru sensibilitatea alimentară. Sînt ele într-adevăr de ajutor? Anumite enzime digestive, folosite în anumite moduri, pot fi de folos. Înlocuitorii de lactază, de exemplu, îi pot ajuta pe cei ce suferă de deficienţă de lactază (vezi capitolul 9) sau pe sugarii hrăniţi la sîn care au o intoleranţă temporară la lactoză (vezi capitolele 15 şi 16). Dar este necesar să se cunoască exact modul cum pot fi folosite, chiar şi în cazuri clare precum cele legate de lactază. Simpla administrare de enzime, cu speranţa de a-şi face efectul, probabil nu va funcţiona, deoarece enzimele au şanse infime de a ajunge unde trebuie fără să fie descompuse de sistemul digestiv mai întîi. O enzimă de detoxifiere care se găseşte în mod normal în ficat, de exemplu, nu face mare lucru în condiţiile total diferite din stomac şi nici nu poate ajunge în locul unde este nevoie de ea şi unde poate funcţiona cu succes.

Există produse comerciale care conţin enzime şi care fie nu funcţionează deloc, fie nu funcţionează în mod adecvat, nefiind astfel sigure – cum sînt cele promovate pentru boala celiacă (vezi p. 150). În cazul multor alte enzime, valoarea lor nu este deloc certă: de exemplu, fenosulfotransferaza, recomandată penrtu copiii cu ADHD (hiperactivitate), probabil nu va fi de ajutor.

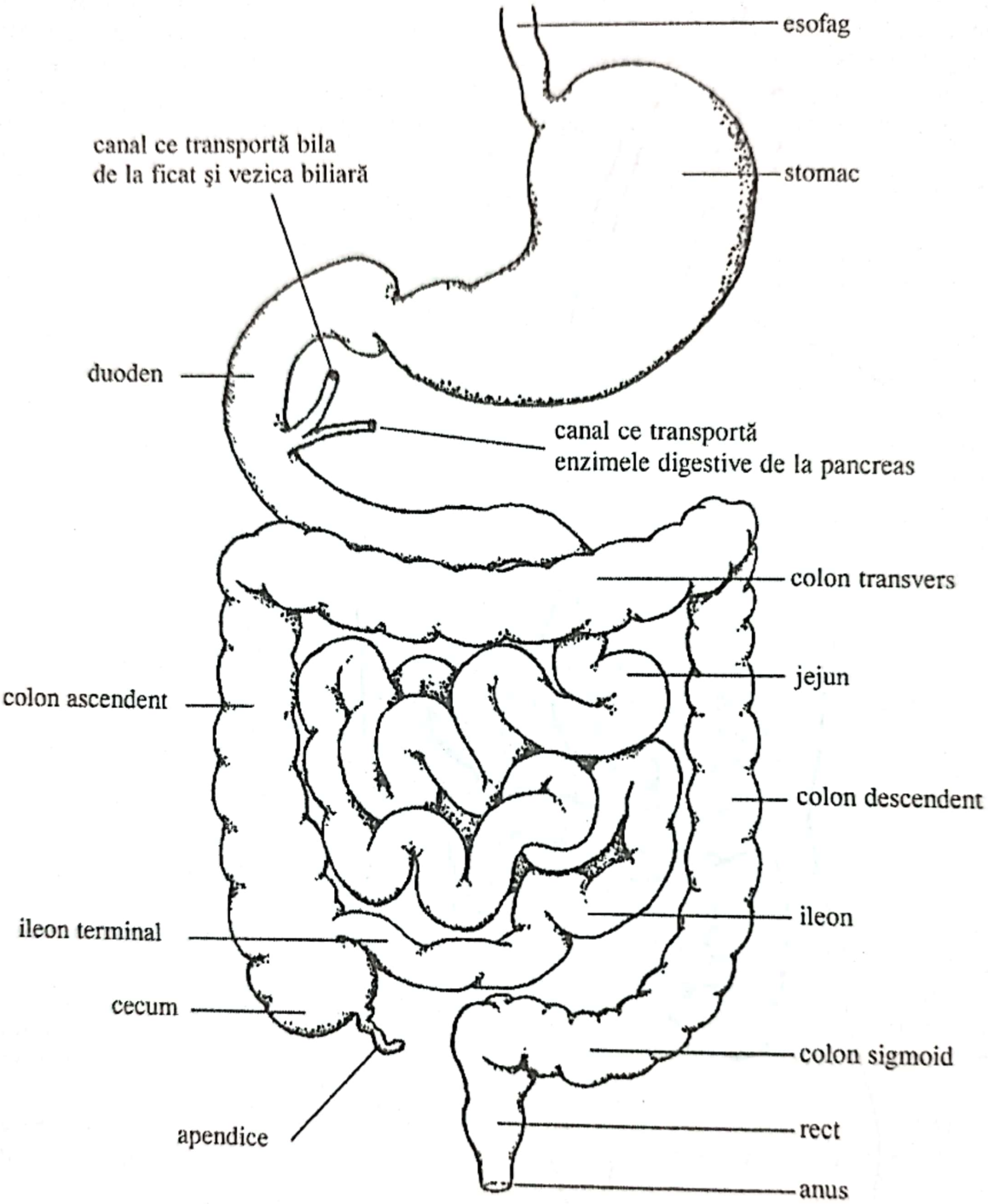
Întotdeauna este bine să citiţi cu atenţie materialele publicitare şi să verificaţi dacă există teste ştiinţifice care dovedesc că produsul funcţionează. Multe produse, în particular produsele pe bază de enzime, lasă impresia că au o bază ştiinţifică, dar sînt, în realitate, inutile şi doar în aparenţă ştiinţifice, pentru a avea succes de piaţă. Listele de referinţe ştiinţifice de pe site-urile care vînd produsul ar putea părea impresionante, dar citiţi titlurile cu atenţie – sînt ele într-adevăr *despre* produsul aflat la vînzare? Un pic de scepticism vă poate economisi mulţi bani.

Orice enzimă, luată cu un oarecare scop, s-ar putea comporta ca un alergen la unele persoane susceptibile de alergii de tip IgE. Asta se şi întîmplă adeseori cu lactaza, de exemplu (vezi pp. 182-183).

Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner

După ieşirea din stomac

Imediat după stomac se află *duodenul*, primul segment al *intestinului subţire*. Este destul de scurt şi mult mai mic decît stomacul, însă aici se întîmplă foarte multe lucruri.

Cantităţi mari de enzime sînt vărsate în duoden de către *pancreas*, enzime care pot descompune grăsimile, proteinele şi carbohidraţii. Odată cu ele vine şi bicarbonatul de sodiu (ingredientul multor medicamente pentru indigestie şi al prafului de copt). Bicarbonatul de sodiu este uşor bazic – opusul chimic al acidului. Este necesar pentru neutralizarea acidului din stomac care trece în duoden, amestecat cu mîncarea. Enzimele pancreatice au nevoie de un mediu mult mai puţin acid pentru a putea lucra.

Ficatul îşi aduce şi el contribuţia la digestie tot la nivelul duodenului, trimiţînd în jos *bila*, care ajută la descompunerea grăsimilor. O parte din bilă este depozitată în *vezica biliară*, înainte de a ajunge în duoden.

Mucoasa duodenală trebuie să se protejeze de enzimele care descompun proteinele, altfel acestea ar putea să macine şi din suprafaţa ei delicată. În acest scop, secretă un mucus gros şi transparent care îi acoperă suprafaţa. Pe lîngă asta, mucoasa duodenală îşi secretă propriile enzime, cum sînt *lactaza* şi *sucraza*, care digeră zaharurile (vezi capitolele 9 şi 10).

Mucoasa digestivă

Mucoasa digestivă este căptuşeala tractului digestiv şi variază din punct de vedere al structurii în funcţie de zona tractului digestiv în care este plasată.

Mucoasa digestivă este o membrană delicată care are multe funcţii de îndeplinit, de la absorbţia substanţelor nutritive la autoapărarea în faţa atacului microbilor infecţioşi.

Absorbţia substanţelor nutritive

Odată ce mîncarea a fost descompusă, următoarea misiune crucială este absorbţia elementelor necesare în fluxul sangvin, pentru a putea fi folosite de organism. Absorbţia este treaba *vililor*, cili minusculi, lungi de pînă la un milimetru, care acoperă suprafaţa interioară a intestinului subţire. Efectul vililor este că măresc suprafaţa disponibilă pentru absorbţia substanţelor nutritive. În mod uimitor, deşi atît de mic, fiecare vil conţine vase infime de sînge care preiau substanţele nutritive extrase din mîncare. Vasele de sînge aduc celulele imunitare care ajută mucoasa intestinală să se apere de infecţii.

Între vili se află goluri numite *cripte*, care produc *sucul intestinal*. Acesta conţine apă, mucus protector şi substanţe alcaline care neutralizează acidul gastric.

Drumul lung şi şerpuit

După duoden urmează restul intestinului subţire. Mai întîi este *jejunul*, un tract de 2,5 m, apoi *ileonul*, de încă 3,6 m. (Întins pe întreaga lungime, intestinul subţire măsoară de trei ori înălţimea unei persoane.) Chimul (mîncarea lichefiată) este împins lent prin acest tub îngust şi şerpuit prin intermediul mişcărilor peristaltice, aceleaşi folosite şi de esofag (vezi p. 22). În timpul lungii călătorii prin intestinul subţire (durează între una şi şase ore) se absorb cît mai multe substanţe nutritive din chim.

La capătul ileonului, rămăşiţele bolului alimentar trec în *cecum*, care este începutul *colonului* (numit şi *intestinul gros*). Aici se află şi *apendicele*, o parte a sistemului digestiv care le era de folos strămoşilor noştri ierbivori, găzduind un număr mare de bacterii care

Scanned with OKEN Scanner

puteau descompune celuloza, principala materie din frunze. La oameni, apendicele este micşorat, dar încă există. Nu joacă nici un rol important în digestie, este doar o reminiscenţă evolutivă care nu a fost complet eliminată. În mod normal, nu cauzează nici o problemă, dar, atunci cînd mîncarea se blochează în el, apare inflamaţia care poate duce la *apendicită*.

Cînd mucoasa digestivă este afectată

Structura delicată şi complexă a mucoasei digestive, în special cea a intestinului subţire, este crucială pentru absorbţia *activă* a celor mai vitale substanţe nutritive din alimente. Cu alte cuvinte, substanţele nutritive vitale nu trec în fluxul sangvin în cantităţile adecvate decît cu ajutorul activ al celulelor mucoasei digestive. Deteriorările severe ale mucoasei intestinului subţire, cunoscute sub denumirea de *enteropatie*, vor avea ca rezultat cantităţi insuficiente de nutrienţi esenţiali în sînge. Problema se numeşte *malabsorbţie* şi se manifestă în unele forme severe de sensibilitate alimentară, cum ar fi boala celiacă netratată (vezi capitolul 7) şi inflamaţia eozinofilică a intestinului subţire. Bebeluşii sînt cei mai expuşi la această problemă, care îi poate împiedica să ia în greutate sau să crească aşa cum ar trebui.

Se manifestă un fel de paradox aici, deoarece mucoasa digestivă afectată e şi mai lichidă şi lasă să treacă molecule mari de alimente intacte (adică molecule care nu au fost descompuse în fragmente mai mici de către enzimele digestive din stomac). Moleculele intacte de alimente ajung în fluxul sangvin în număr mai mare decît este normal, ceea ce poate duce la mai multe sensibilităţi alimentare. *Permeabilitatea digestivă* crescută poate rezulta chiar şi în urma unor inflamaţii minore ale mucoasei digestive – genul de dereglări care nu produc daune vizibile care să poate fi detectate prin endoscopie sau biopsie.

Cu alte cuvinte, în cazul inflamaţiilor reduse ale stomacului sau intestinului subţire, pot trece mai multe molecule intacte de alimente în sînge, în timp ce aportul activ de nutrienţi se menţine în limite normale. În cazul inflamaţiilor mai severe, care produc daune vizibile mucoasei intestinului subţire, se manifestă şi o permeabilitate digestivă crescută, dar *şi* un aport scăzut de nutrienţi, din cauza celulelor afectate ale mucoasei digestive.

Un alt posibil efect al enteropatiei, care apare mai puţin frecvent, este pierderea unei componente importante a sîngelui, o proteină numită *albumină*. Dacă mucoasa digestivă este inflamată şi prezintă leziuni, albumina se poate scurge în tractul digestiv. Dacă enteropatia nu este localizată în intestinul subţire, absorbţia de substanţe nutritive nu este afectată. Unul dintre efectele nivelului scăzut de albumină în sînge este că, datorită unui proces numit *osmoză*, fluidele se deplasează din sînge în ţesuturile înconjurătoare ale corpului, ceea ce cauzează *edemul* – inflamaţie însoţită de umflătură. (Trebuie remarcat că edemul în acest caz e foarte diferit de cel manifestat în anafilaxie, cînd survine mai rapid şi are o cauză diferită.) Foarte rar, acest edem poate fi *singurul simptom evident* de enteropatie la bebeluşi şi sugari: unii dintre ei prezintă vomă sau diaree.

În cazul enteropatiei intestinului subţire, pot apărea atît edemul, deoarece albumina se pierde din sînge, cît *şi* malabsorbţia substanţelor nutritive, care nu mai sînt transportate în sînge.

Cînd mîncarea ajunge în intestinul gros, absorbţia nutrienţilor este în mare măsură terminată, aşa că nu sînt vili în acest segment al tractului digestiv. Principala funcţie a colonului este să înlăture apa din reziduurile alimentare, transformîndu-le dintr-un lichid gros în ceva mai mult sau mai puţin solid. Pînă cînd ajunge în ultimul segment, *rectul*, reziduurile sînt grupate în scaune ce pot fi eliminate cu uşurinţă prin anus.

Scanned with OKEN Scanner

Colonul este cel care conţine cea mai mare parte a *florei digestive* (vezi mai jos), iar ce a mai rămas din mîncare este preluat de populaţia imensă de bacterii şi fungi. Acestea folosesc resturile alimentare pentru propriile nevoi vitale, însă procesul are ca efect secundar producerea unor vitamine necesare (care sînt absorbite prin peretele colonului) şi a unor substanţe cu care se hrănesc celulele mucoasei intestinului gros.

Călătoria prin colon durează între 12 şi 48 de ore, la un om sănătos. Întregul proces, de la gură pînă la anus, durează între 15 ore şi trei zile, în funcţie de individ. *Timpul de tranzit*, cum este denumit, variază şi în funcţie de alimentele consumate şi, desigur, de starea de sănătate. Mai tîrziu pe parcursul acestui capitol vom ananliza schimbările care au loc în timpul diferitelor afecţiuni intestinale.

Controlul nivelului de glucoză în sînge

Glucoza este pentru organism ceea ce este benzina pentru un automobil – un combustibil bogat în energie care menţine fiecare parte a corpului în viaţă şi pune muşchii în mişcare. Glucoza este transportată prin organism de sînge, de unde o preiau celulele care au nevoie de ea.

Este foarte important ca glucoza din sînge să se menţină întotdeauna la aproximativ acelaşi nivel. Creierul este cel mai sensibil la variaţiile nivelului de glucoză în sînge – un nivel prea mic duce la oboseală, confuzie, iritabilitate şi alte simptome, în timp ce unul prea ridicat poate duce la pierderea cunoştinţei.

Organismul menţine glucoza la nivelul adecvat cu ajutorul cîtorva hormoni, principalii fiind *glucagonul* şi *insulina*. Cînd glicemia scade, glucagonul eliberează glucoză din ficat, unde este stocată. Insulina intervine atunci cînd glicemia este prea mare – scoate glucoză din circulaţie şi o stochează tot în ficat. Nivelul glucagonului este menţinut destul de constant, pe cînd nivelul insulinei creşte rapid ca reacţie la variaţiile glucozei din sînge.

După o masă, în special una bogată în zaharuri şi amidon, cantităţi mari de glucoză trec în sînge. De aceea, se produce insulina pentru a scădea nivelul glucozei în sînge. În cazul diabeticilor, se produce prea puţină insulină, de aceea sînt nevoiţi să compenseze cu insulină injectată şi să evite alimentele care eliberează multă glucoză în sînge deodată – în principal zahărul şi alţi carbohidraţi rafinaţi (vezi pp. 45-47).

Problemele de control al nivelului de glucoză în sînge pot duce la ceea ce se numeşte *hipoglicemie* sau „nivel scăzut de zahăr în sînge" (vezi p. 190).

Mîncarea şi starea de bine

Durerea are ca scop principal supravieţuirea. Avem nervi specializaţi, receptorii de durere, care ne ajută să nu ne rănim – cu obiecte ascuţite, de exemplu, sau prin întinderea excesivă a articulaţiilor. Dar trebuie să existe şi o cale de a dezafecta mecanismul durerii, atunci cînd nu mai serveşte unui scop util. Pentru asta avem *endorfinele* sau *opioidele naturale*.

Endorfinele sînt sedative naturale, eliberate în timpul durerilor intense, al efortului extrem sau cînd un eveniment stresant ne declanşează reflexul de „fugi sau luptă". Receptorii acestor molecule se află în creier, iar cînd endorfinele se leagă de ei, senzaţia de durere este redusă şi înlocuită de o stare de bine. (De fapt, există patru sau cinci tipuri de receptori de endorfine şi fiecare are un efect diferit – deşi blocarea durerii este cel principal, mai sînt şi altele.)

Morfina, heroina şi alte *narcotice* imită endorfinele şi se leagă de aceiaşi receptori – de aici folosirea lor ca droguri. Provoacă dependenţă deoarece inhibă abilitatea naturală

Scanned with OKEN Scanner

a organismului de a produce endorfine – astfel, cînd administrarea lor e întreruptă, dependentul suferă un sevraj agonizant.

Endorfinele sînt *peptide* – catene scurte de aminoacizi. Şi proteinele sînt alcătuite din catene de aminoacizi, dar mai lungi. Cînd alimentele sînt descompuse în aparatul digestiv, proteinele sînt rupte în catene mai scurte, adică în peptide. Întîmplător, unele dintre aceste peptide au o secvenţă de aminoacizi similară cu cea a endorfinelor naturale. Astfel de peptide se numesc *exorfine* (molecule de tipul *morfinei* exogene). În laborator, exorfinele au fost produse din lapte, grîu, porumb şi orz, folosind enzime digestive umane. Urmează să fie investigate şi alte alimente.

Experimente ulterioare au arătat că exorfinele se pot lega de receptorii naturali ai endorfinelor – dar dacă asta se întîmplă în realitate, în organism, este cu totul altă problemă. Mai întîi, trebuie să treacă prin peretele intestinal şi să ajungă în sînge. Apoi, trebuie să scape de enzimele consumatoare de proteine din ficat: endorfinele au o structură chimică specială în coada fiecărei molecule care împiedică astfel de enzime să le atace, însă exorfinele nu au aşa ceva.

Deci, ar putea exorfinele să aibă vreun efect asupra organismului? Unele experimente sugerează că da. Într-unul dintre ele, o mostră de proteină din grîu, parţial digerată, a fost administrată unor voluntari sănătoşi şi a produs anumite variaţii măsurabile ale funcţiilor organismului. Experimentul a fost apoi repetat, administrîndu-se un medicament numit naloxonă înaintea grîului. Se ştie că medicamentul respectiv blochează receptorii de endorfine şi împiedică peptidele să se lege de ei. În acest caz, proteina din grîu nu a mai avut nici un efect.

Este nevoie de mult mai multe studii pentru a se ajunge la concluzii ferme legate de exorfine, însă rezultatele obţinute pînă acum sugerează că ne-*ar putea* influenţa starea de spirit. Desigur, nu se pune problema să ne „drogăm" cu un pahar de lapte sau o felie de pîine – cantităţile implicate sînt prea mici pentru a avea vreun efect –, dar aceste alimente ar putea induce o stare confortabilă de bine. Mai există şi alte peptide, asemănătoare hormonilor în alimentele parţial digerate, care ar putea avea alte efecte asupra organismului.

Sistemul imunitar

Protejarea organismului împotriva invaziilor de microbi – bacterii, viruşi, fungi şi viermi parazitici – este o misiune permanentă şi necesară. Sistemul imunitar are slujba de a nu le permite intrarea şi de a le minimaliza efectele în caz că au reuşit să pătrundă în corp. Pentru aceasta, dispune de tot felul de arme letale şi este capabil să omoare intruşii sau să distrugă propriile celule în caz că au fost infectate.

În acelaşi timp, sistemul imunitar nu trebuie să se întoarcă împotriva organismului – adică nu trebuie să atace celule neinfectate –, altfel poate provoca daune severe. De aceea, este echipat cu diverse mecanisme care fac diferenţa între „mine" (*sine*) şi „ceea ce nu ţine de mine" (*non-sine*), care se bazează pe tipare chimice distinctive.

Dilema cu care se confruntă sistemul imunitar cînd vine vorba de mîncare este deosebit de interesantă. Mîncarea este non-sine, dar trebuie cruţată de un atac în toată regula.

Antrenarea sistemului imunitar să respingă microbii, dar să tolereze mîncarea este similară încercării de a dresa un cîine să păzească casa de hoţi, dar să nu muşte poştaşul. Modul în care sistemul imunitar învaţă să considere mîncarea ca inofensivă a făcut subiectul multor studii, însă procesele implicate nu sînt încă pe deplin înţelese. Ne vom întoarce la ele mai tîrziu, în acest capitol.

Scanned with OKEN Scanner

Două tipuri de imunitate: înnăscută şi adaptată

În descrierea sistemului digestiv, am menţionat două tipuri de apărare împotriva microbilor invadatori: lizozimul din cavitatea bucală şi acidul din stomac. Ambele sînt exemple de *imunitate înnăscută*, cel mai simplu tip de imunitate, care acţionează împotriva unei game largi de microbi. Sînt exemple de sisteme de apărare moştenite de la strămoşi îndepărtaţi – le-au fost de folos oamenilor timp de milioane de ani şi nu se schimbă odată cu condiţiile de međiu. Există şi alte forme de imunitate înnăscută, cum ar fi celulele imunitare care recunosc tiparele de suprafaţă tipice bacteriilor şi le folosesc ca pe un semnal de atac.

Punctul-cheie al imunităţii înnăscute este că mecanismul pe care îl utilizează rămîne neschimbat pe tot parcursul vieţii. Pe lîngă ea, există un tip mult mai avansat de imunitate, care se schimbă în funcţie de ameninţările concrete ce se ivesc la adresa organismului. El se numeşte *imunitate adaptată* şi permite organismului să combată mult mai multe pericole şi mult mai eficient. Faptul că, odată ce aţi avut pojar, de exemplu, nu îl veţi mai face din nou se datorează imunităţii adaptate – prima întîlnire cu virusul respectiv i-a lăsat sistemului imunitar o „amintire", astfel încît îl poate ataca rapid la o următoare întîlnire.

Vaccinarea se bazează pe imunitatea adaptată pentru a ne proteja de boli. Vaccinul îi arată sistemului imunitar adaptat tiparele chimice caracteristice unui anumit microb. Sistemul imunitar adaptat le memorează şi, cînd boala reală apare, este gata să atace respectivul virus cu eficienţă maximă, chiar de la prima întîlnire. Aceasta înseamnă că poate învinge boala fără ca individul să mai fie nevoit să suporte simptomele. (Cu alte cuvinte, creează aceeaşi stare de imunitate care se instalează la cei care au avut deja boala.)

Înţelegerea anticorpilor

Un element fundamental al imunităţii adaptate este *anticorpul*. El este o proteină fabricată de organism care se leagă doar de o anumită substanţă. De exemplu, dacă aţi avut deja pojar, aveţi anticorpi care se leagă de o ţintă de pe suprafaţa virusului de pojar. Ţinta de care se leagă anticorpul se numeşte *antigen*.

Anticorpul recunoaşte un punct caracteristic de pe antigen, distinct din punct de vedere chimic. Această trăsătură distinctivă de care se leagă anticorpul se numeşte *epitop*. Majoritatea antigenilor, dacă nu chiar toţi, sînt proteine, datorită faptului că proteinele sînt molecule atît de interesante şi variate, care oferă o multitudine de posibilităţi pentru recunoaşterea specifică.

În timp ce un capăt al anticorpului se leagă de antigen, celălalt capăt rămîne liber. Sau poate fi lipit de o celulă imunitară, caz în care, atunci cînd anticorpul a detectat şi s-a legat de antigenul său, se transmite un semnal celulei imunitare. Semnalul determină celula să treacă la acţiuni de apărare.

Anticorpii pot fi asemănaţi cîinilor dresaţi să detecteze anumite mirosuri – de cocaină, explozibili sau al unui anume infractor. Poliţistul sau vameşul care însoţeşte cîinele este asemenea celulei imunitare. Se bazează pe cîine pentru identificarea ţintei şi apoi acţionează în conformitate.

Capătul anticorpului care se leagă de antigen (nasul cîinelui, cu alte cuvinte) este numit *situs de legare antigenică*. Celălalt capăt, care se poate lega de celulele imunitare (lesa cîinelui), se numeşte *regiunea stem* a anticorpului. Regiunile stem sînt importante, de aceea vom reveni asupra lor mai tîrziu.

Să ne îndreptăm atenţia, mai întîi, asupra situsului de legare antigenică. Are loc un proces complex prin care anticorpii produşi împotriva unei ţinte anume se îmbunătăţesc în timp. Se produce o succesiune de anticorpi, fiecare val de anticorpi fiind mai eficient decît

Scanned with OKEN Scanner

cel de dinainte: situsul de legare antigenică se potriveşte mai exact antigenului. Acesta este elementul de adaptabilitate al sistemului imunitar adaptat.

Cînd antigenul este întîlnit pentru prima oară, anticorpii fabricaţi împotriva lui sînt varianta brută, nefinisată, de aceea nu se potrivesc antigenului. Dacă antigenul e un virus, de exemplu, primii anticorpi vor ajuta organismul să lupte cu infecţia, dar nu eficient. De aceea, dacă nu aţi fost vaccinaţi, veţi avea simptomele de pojar pentru o perioadă de timp.

În timp însă, sistemul imunitar reuşeşte să producă anticorpi deosebit de eficienţi şi să scape de virus. Memoria modului de fabricare a anticorpilor specifici este păstrată, aşa că orice întîlnire ulterioară cu acelaşi virus va provoca o apărare promptă şi eficientă. Organismul va păstra celulele care înmagazinează memoria fabricării anticorpilor pentru tot restul vieţii.

Antigenii şi alergenii

Un *antigen* este orice substanţă specific recunoscută de un anticorp (sau de un receptor de celule T, în cazul imunităţii celulare – vezi mai jos). Majoritatea antigenilor sînt proteine sau peptide, cu toate că şi alte tipuri de molecule, cum ar fi un carbohidrat complex, se poate comporta ocazional ca un antigen.

Un *alergen* este doar un antigen care provoacă o reacţie de tip IgE din partea sistemului imunitar şi poate, aşadar, să determine o reacţie alergică IgE. Toţi alergenii sînt antigeni (dar nu toţi antigenii sînt alergeni).

Reacţiile încrucişate ale anticorpilor

Sistemul imunitar, precum majoritatea sistemelor, are şi puncte slabe. Reacţiile încrucişate reprezintă un punct slab major. Problema se iveşte din cauza epitopilor (vezi mai sus), trăsături chimice caracteristice pe care le recunosc anticorpii, care au uneori imitatori. Spre deosebire de imitatorii lui Elvis, aceştia nu se aseamănă în mod *deliberat* cu epitopii. Asemănarea e pur întîmplătoare.

Dacă anticorpul se leagă de imitatorul epitopului, este începutul reacţiei încrucişate. Un exemplu grăitor este reacţia încrucişată dintre principalul alergen din smochinul plîngător (o specie de ficus adesea crescută ca plantă decorativă) şi alergenul din smochine. Aceasta înseamnă că, dacă deveniţi sensibil la alergenii din aer transmişi de planta de apartament, aţi putea descoperi, mai tîrziu, că aveţi simptome alergice cînd mîncaţi smochine.

Acest exemplu de reacţie încrucişată se explică prin faptul că planta de apartament (*Ficus benjamina)* şi smochinul (*Ficus carica)* sînt înrudite – nu e de mirare că împărtăşesc şi unele tipare chimice. În acelaşi mod, nu e ieşit din comun ca o persoană alergică la laptele de vacă să reacţioneze şi la laptele de capră, întrucît capra şi vaca sînt rude îndepărtate din punct de vedere evolutiv, ceea ce înseamnă că proteinele din laptele lor sînt probabil similare.

Alte reacţii încrucişate au loc din cauză că anumite substanţe sînt deosebit de răspîndite în lumea vie. Ele s-au dovedit atît de utile, pe parcursul evoluţiei, încît specii diferite le păstrează în repertoriul lor chimic esenţial. Proteinele folosite de plante pentru a se apăra de insecte sînt cel mai bun exemplu. Atunci cînd o persoană alergică la cauciucul natural suferă reacţii şi la banane, avocado, smochine sau castane, asta se întîmplă din cauză că toate plantele implicate (arborele de cauciuc, bananierul etc.) folosesc acelaşi tip antic, dar nepreţuit de apărare chimică împotriva insectelor dăunătoare.

Alte reacţii încrucişate nu au o altă explicaţie decît pura coincidenţă chimică. Cu siguranţă vi s-a întîmplat să vedeţi pe stradă pe cineva care semăna incredibil de bine cu o cunoştinţă sau un prieten, dar nu era el. Acelaşi lucru se poate întîmpla la nivel molecular. Pentru ca o reacţie încrucişată să aibă loc, este suficient ca doar epitopul să arate la fel – e doar o mică parte din moleculă, deci sînt destule şanse să se întîmple.

Scanned with OKEN Scanner

Diferite clase de anticorpi

Am discutat deja despre o clasă de anticorpi, cunoscuţi ca IgE (imunoglobulina E). Există alte patru clase de anticorpi (IgA, IgD, IgG şi IgM), plus cîteva subclase. Clasele mai sînt denumite şi *izotipuri*.

Regiunea stem a unui anticorp – segmentul care se leagă de celulele imunitare – variază ca formă în funcţie de clasa de anticorpi. Forma particulară a regiunii stem va determina tipul de celule imunitare de care se va lega anticorpul şi, deci, tipul de reacţie provocat din partea sistemului imunitar.

IgE, de exemplu, se leagă de mastocite şi bazofile. În comparaţie cu alte celule imunitare, acestea două alcătuiesc trupele de şoc, capabile să declanşeze secreţii explozive de histamine şi alte substanţe inflamatorii. Aşa se explică de ce anticorpii IgE la un aliment cauzează probleme atît de mari la persoanele cu alergii alimentare clasice de tip IgE (vezi capitolul 4).

Celelalte clase de anticorpi sînt ceva mai blînde. Anticorpul IgA, în particular, se leagă de antigenul său în linişte, fără a declanşa vreo reacţie semnificativă din partea sistemului imunitar. Anticorpii IgE sînt astfel foarte utili în sistemul digestiv, avînd o capacitate deosebită de a limita daunele produse.

Celulele imunitare din componenţa mucoasei intestinale produc anticorpi IgA în cantitate mare, printre care anticorpi IgA specifici pentru diverşi antigeni din alimente, pentru microbii din flora intestinală sau pentru toxinele produse de acei microbi. Anticorpii IgA împiedică toxinele de a fi prea toxice, opreşte unii membri ai florei digestive să se infiltreze prin mucoasa digestivă şi pot, de asemenea, să apere antigenii din alimente de atacurile ramurilor mai agresive ale sistemului imunitar.

Anticorpii IgA se mai pot forma şi împotriva microbilor infecţioşi. Dacă aceşti anticorpi sînt prezenţi din belşug, iar microbii nu sînt atît de numeroşi, anticorpii IgA îi pot imobiliza. Cu toate acestea, majoritatea infecţiilor necesită o apărare mai viguroasă, de aceea, cînd anticorpii IgA sînt detectaţi, alte tipuri de anticorpi îşi vor face apariţia.

Cînd e vorba de tratamentul aplicat alimentelor, clasa de anticorpi fabricaţi pentru un aliment poate avea o importanţă crucială. Dacă organismul unei persoane produce anticorpi de tip IgE împotriva unui antigen din ou, există riscul unor reacţii alergice severe la ouă. Producţia de anticorpi IgA împotriva aceluiaşi antigen din ou este normală şi sănătoasă, întrucît ajută sistemul imunitar să tolereze ouăle.

În cazul celorlale clase de anticorpi, cum ar fi cele patru tipuri diferite de IgG, este mai dificil de stabilit ce roluri au în ce priveşte alimentele. Lucrurile nu sînt atît de clare ca în cazul anticorpilor IgA sau IgE, iar probele sînt contradictorii şi confuze. Unii anticorpi IgG împotriva alimentelor ar putea avea rol de protecţie, micşorînd efectele reacţiilor IgE împotriva aceluiaşi aliment. Alţi anticorpi IgG la alimente pot cauza simptome la anumiţi indivizi, dar nu sînt destule dovezi în acest sens. Anticorpii IgG mai pot face parte din reacţia naturală, de rutină la alimente, asemenea anticorpilor IgA. Sau pot fi produşi doar cu scopul de a asista la alte reacţii imunitare mai semnificative. Diferitele subclase de IgG par să reacţioneze diferit la aceleaşi alimente. Întrebarea dacă anticorpii IgG pot constitui vreodată baza unui test util pentru sensibilitatea alimentară este discutată în detaliu la pp. 63-68.

Mesagerii chimici

Numeroasele şi variatele celule care alcătuiesc sistemul imunitar trebuie să comunice şi între ele, şi cu celelalte celule ale corpului. Ele comunică în principal prin intermediul *citokinelor*, molecule mici şi relativ simple care transmit mesaje de la o celulă la alta. O citokină este secretată de o celulă şi poate apoi modifica comportamentul altor celule care vin în contact cu ea.

Scanned with OKEN Scanner

O anumită citokină poate transmite mesajele „Trezeşte-te!", „Vino repede aici!", „La atac, acum!" sau „Liniştiţi-vă, pericolul a trecut!". Cu toate acestea, mesajul poate fi auzit doar de un anumit tip de celulă imunitară sau doar de cîteva tipuri. Asta îl face destul de specific şi permite un control mai subtil al diferitelor ramuri ale sistemului imunitar.

Jumătate om, jumătate cîine

Imaginaţi-vă cît de eficiente ar fi forţele de poliţie dacă, în loc de cîini antrenaţi să detecteze prin miros anumite lucruri, poliţiştii înşişi ar primi un simţ al mirosului la fel de ascuţit ca acela al cîinilor, care le-ar permite să depisteze urme de droguri şi explozibili sau să-l urmărească pe infractor după miros. Imediat ce ar percepe şi cel mai uşor miros al ţintei lor, poliţiştii-adulmecători ar intra în acţiune. Asta se întîmplă în organism atunci cînd se produc *reacţiile imunitare celulare*.

Tipul acesta de reacţie implică celulele imunitare numite *celule T*. Pe suprafaţa lor se află *receptori*: molecule de proteine foarte similare anticorpilor. Ca şi anticorpii, *receptorii celulari T* sînt extrem de specifici unui anumit antigen, deoarece, ca şi în cazul anticorpilor, sistemul imunitar generează val după val de celule T atunci cînd întîlneşte un antigen pentru prima oară, şi cu fiecare val, receptorii se potrivesc din ce în ce mai bine antigenului. Aşadar, şi eficienţa celulelor T în lupta lor cu antigenul creşte în timp: cu alte cuvinte, ele contribuie la *imunitatea adaptată* (vezi mai sus).

Imunitatea celulară este o componentă esenţială a scutului folosit de organism în lupta cu bolile. Ne este de mare folos, mai ales în lupta cu viruşii.

În mod ideal, tipul acesta de imunitate nu ar trebui activat împotriva unor elemente inocente precum alimentele, dar pot avea loc dereglări. Astfel, puteţi avea ghinionul de a dezvolta o imunitate celulară împotriva unui antigen din alimente precum ouăle sau laptele.

Asta se întîmplă în cazul multor copii care suferă de eczemă atopică. Ei au, la nivelul pielii, celule T specifice unuia sau mai multor alimente. Cînd alimentul respectiv este ingerat iar antigenii săi intră în fluxul sangvin, unii ajung şi în piele şi le îndeamnă pe celulele T la luptă. Acestea eliberează genul de citokine care pot cauza inflamaţii, iar rezultatul este agravarea eczemei.

Mai multe despre celulele imunitare

Sistemul imunitar, cum probabil v-aţi dat seama deja, este uimitor de complex. Dacă ar fi un serial, ar avea mii de actori în distribuţie şi cîteva subiecte principale şi ar fi imposibil de înţeles fără să fi vizionat toate episoadele.

Capitolul de faţă încearcă să vă ofere o scurtă prezentare fără detalii prea copleşitoare. Pe parcursul cărţii, încercăm să descriem reacţiile imunitare în cel mai simplu mod posibil, fără a omite amănunte esenţiale.

Astfel, adesea folosim doar termenul „celulă imunitară" şi atît. Există însă zeci de tipuri de celule imunitare. Pentru cei cărora le plac ştiinţele, secţiunea aceasta oferă puţin mai multe informaţii.

Printre alte motive, sistemul imunitar este atît de complex pentru că dispune de mai multe sisteme de apărare moştenite de la strămoşii noştri îndepărtaţi (chiar nevertebraţi), pe care le-am păstrat deoarece funcţionează atît de bine. Apoi, mai avem şi alte sisteme de apărare, mai avansate (din punct de vedere evolutiv), şi, în cele din urmă, unele deosebit de sofisticate care se găsesc doar la oameni şi alte mamifere.

Apărarea este prea importantă pentru a renunţa la orice element care funcţionează, aşa că am păstrat tot ce mergea. Diferitele sisteme au învăţat să coopereze, într-o

Scanned with OKEN Scanner

anumită măsură, de-a lungul mileniilor, iar rezultatul este un sistem imunitar care funcţionează (de obicei), dar nu este deloc simplu, clar sau uşor de descris.

Printre celulele imunitare cele mai vechi se numără *macrofagele*. Ele înghit în întregime intruşii, precum bacteriile, apoi îi ucid şi îi digeră. Oricît de primitive ar fi, macrofagele sînt o parte absolut crucială a echipei noastre de apărare. Elementul esenţial al rolului pe care îl joacă este de a face curăţenie pe cîmpul de luptă – pot înghiţi orice, deci pot îndepărta deşeurile şi celulele moarte rezultate în urma unei reacţii imunitare majore. În general, celulele imunitare care înghit intruşii se numesc *fagocite*. Categoriile mai noi din scutul nostru de apărare se numesc *neutrofile*.

În timp ce macrofagele sînt demodate şi de tehnologie mai învechită, celulele imunitare de tehnologie avansată sînt *limfocitele*. Ele includ *celulele T*, care au o varietate de roluri, şi *celulele B*, a căror slujbă este să producă anticorpi. Limfocitele sînt speciale datorită abilităţii lor de a produce molecule de recunoaştere specifice pentru antigeni individuali. Aceste molecule de recunoaştere sînt *anticorpii* şi *receptorii celulari T*.

Trucul foarte inteligent pe care l-a dezvoltat sistemul limfocitelor este finisarea permanentă a structurii anticorpilor/receptorilor celulari T. De aceea este posibilă fabricarea de limfocite ale căror anticorpi/receptori celulari T se potrivesc mai îndeaproape antigenului şi astfel îl recunosc cu o acurateţe mai mare. Aceasta este sursa *imunităţii adaptate*.

Există o varietate uriaşă de celule T. Unele sînt celule ajutătoare, care permit altor celule imunitare să declanşeze o reacţie. Alte celule T sînt supresoare, care ţin anumite reacţii imunitare sub control. Iar altele pot produce reacţii imunitare proprii prin eliberarea de mesaje pro-inflamatorii, atunci cînd îşi întîlnesc antigenul. Acestea sînt uneori numite *celule T efectoare*. (Astfel de celule, dacă sînt specifice unui antigen dintr-un aliment, pot provoca simptome la persoanele ce suferă de eczemă atopică şi sînt probabil cei mai de seamă factori declanşatori în cîteva alte tipuri de reacţii imunitare întîrziate la alimente.)

Unele celule T efectoare, cum ar fi cele specifice antigenilor virali, sînt capabile să ucidă o celulă a corpului dacă a fost infectată cu virusul respectiv. Celula infectată prezintă proteinele virale pe suprafaţa ei, iar celula T interpretează asta ca pe un semnal de a distruge celula.

Toate aceste celule imunitare funcţionează destul de eficient împotriva bacteriilor, fungilor şi viruşilor. Însă un invadator de dimensiuni foarte mari, precum un vierme parazit (nu de genul celor contractaţi în mod normal, ci mai degrabă la tropice), este un adversar mult mai dificil. Ca şi Gulliver printre liliputani, viermele este mult prea mare pentru a fi învins pe deplin, deşi ele îşi fac datoria cum ştiu mai bine.

Aici intervin *eozinofilele, mastocitele* şi *bazofilele*. Deşi pot îndeplini şi alte funcţii, punctul lor forte este să lupte cu paraziţi multicelulari precum viermii. Tehnica preferată a eozinofilelor este să împroaşte viermele cu diverse substanţe dăunătoare, care includ *proteina cationică eozinofilică* (PCE) şi *proteina bazică majoră* (PBM). Dispun de mari rezerve din aceste proteine, pe lîngă alte arme chimice letale, pe care le-au confecţionat dinainte şi le păstrează stocate în granule din componenţa lor. Cînd este nevoie, pot elibera întreaga cantitate într-un timp foarte scurt. Procesul se cheamă *degranulare*.

PBM, în special, este deosebit de toxică şi este foarte important ca eozinofilele să fie îndeajuns de aproape de vierme, astfel ca cea mai mare parte din muniţie să se îndrepte asupra lui, şi nu a celulelor înconjurătoare. Atunci cînd eozinofilele se adună în lipsa unui inamic real împotriva căruia să lupte şi încep să se degranuleze, PBM poate provoca foarte mari probleme, ca de exemplu în gastroenterita eozinofilică (vezi pp. 161-162 şi 321) sau alte afecţiuni, întîlnite la bebeluşi şi care implică eozinofilele (vezi capitolul 6).

Mastocitele şi bazofilele conţin şi ele cantităţi mari de muniţie (deşi de alte feluri) gata de a fi lansată la nevoie. Unele substanţe rănesc direct paraziţii, altele produc schimbări în organism care ajută la eliminarea paraziţilor, iar altele convoacă mai multe eozinofile. La persoanele cu alergii IgE, izbucnirea agresivă a mastocitelor şi bazofilelor este cea care provoacă simptomele (vezi capitolul 4).

Scanned with OKEN Scanner

Controlul sistemului imunitar

Toate reacţiile imunitare trebuie controlate pentru a nu se manifesta exagerat şi a nu cauza mai multe probleme decît rezolvă. Pentru asta, sistemul imunitar dispune de un mecanism elaborat de verificări şi echilibrări.

În cazul reacţiilor care implică anticorpii, de exemplu, fiecare reacţie necesită permisiunea de a se desfăşura mai departe. Permisiunea vine din partea celulelor T ajutătoare care au propriii receptori cu care pot recunoaşte anumiţi antigeni.

Astfel, celulele capabile de a produce anticorpi împotriva antigenilor din alune, de exemplu, nu vor fi activate decît în prezenţa celulelor T ajutătoare specifice antigenului din alune şi doar dacă ele îşi dau acordul.

Celulele T ajutătoare nu dau doar permisiunea de a se merge mai departe înainte ca anticorpii să fie produşi. Ele influenţează, de asemenea, clasa de anticorpi produsă: IgA sau IgE, de pildă.

Acesta este doar un exemplu. Există zeci de alte moduri în care sistemul imunitar îşi menţine forţele combatante sub control.

Imunitatea şi digestia

Probabil consideraţi că sistemul imunitar face parte din „interiorul" organismului. În realitate – din punctul de vedere al sistemului imunitar –, mucoasa stomacului şi a intestinelor este frontiera spre „exterior". Mîncarea, lichidele sau spaţiile goale din stomac sau intestine sînt considerate de sistemul imunitar ca fiind exterioare corpului, ca apa de pe piele atunci cînd înotăm sau pămîntul de pe mîini cînd ne ocupăm cu grădinăritul.

Prevenirea loviturilor de stat

Reacţiile autoimune sînt un fel de lovitură de stat, în care forţele de securitate ale organismului se întorc împotriva organismului însuşi. Ele se manifestă fie datorită prezenţei anticorpilor, fie a receptorilor celulari T specifici proteinelor tipice corpului. Distincţia clară între sine şi non-sine, care ar trebui să împiedice aceste atacuri imunitare, este cumva defectuoasă. Proteinele ce ţin de sine şi care fac ţinta atacului se numesc *autoantigeni,* iar anticorpii implicaţi se numesc *autoanticorpi.*

Unele boli, cum este diabetul de tip I, se datorează în întregime unei reacţii autoimune. Boala celiacă este o reacţie autoimună, cu toate că este declanşată de glutenul din alimente (vezi capitolul 7). Alte boli pot debuta în diferite moduri, dar pot include ulterior şi o reacţie autoimună, care înrăutăţeşte şi mai mult lucrurile. Artrita reumatoidă (vezi capitolul 13) este o afecţiune complexă, în care autoimunitatea joacă un rol crucial.

Atacul forţelor imunitare împotriva organismului însuşi este, evident, un fenomen foarte grav. Există o multitudine de sisteme de control integrate în reacţiile imunitare care ar trebui, la modul ideal, să prevină manifestarea reacţiilor autoimune dăunătoare. Aceste sisteme de control se combină, obţinînd *autotoleranţa* în organismul sănătos.

Mecanismele de control lucrează în moduri diferite şi în stadii diferite ale reacţiilor imunitare. Pentru cei mai mulţi dintre noi, aceasta înseamnă că, atunci cînd unul dintre mecanisme nu funcţionează, un altul îi poate lua locul, prevenind o eventuală reacţie dăunătoare. Ierarhia elaborată a mecanismelor de control poate însă da greş uneori, dar numai atunci cînd mai multe elemente nu merg cum trebuie în acelaşi timp. Cum acesta este un caz ieşit din comun, majoritatea bolilor autoimune sînt rare.

Scanned with OKEN Scanner

Convieţuirea paşnică cu alimentele

Sistemul imunitar trebuie să înveţe de timpuriu să nu atace mîncarea. Dar ştim că el îşi uită lecţia adesea – altfel cartea de faţă nu şi-ar mai avea rostul. Majoritatea sensibilităţilor alimentare (în nici un caz toate) au loc deoarece sistemul imunitar a identificat, în mod eronat, un aliment drept inamic.

Procesul prin care sistemul imunitar învaţă să convieţuiască în pace cu mîncarea se numeşte *inducerea toleranţei orale*.

Cunoaşterea modului în care organismul capătă toleranţa orală ne poate fi de ajutor în primul rînd în a determina ce nu funcţionează în cazul alergiilor alimentare, de aceea s-au efectuat numeroase studii pe această temă.

Pentru a înţelege factorii implicaţi, trebuie să aflaţi că gama uriaşă de situsuri de legare antigenică pe anticorpi/receptori celulari T este generată complet aleatoriu. Sistemul imunitar lucrează orbeşte, pompînd cantităţi impresionante de celule T/B, fiecare cu anticorpul/receptorul propriu, cu un situs de legare antigenic unic. Situsurile de legare nu sînt făcute pe o anumită măsură. (E ca atunci cînd un croitor stă singur şi face nenumărate perechi de pantaloni, de toate formele şi mărimile, în speranţa că fiecare client îşi va găsi perechea potrivită.) Dacă un anumit anticorp sau receptor se nimereşte să se potrivească unui antigen de pe virusul pojarului sau al altui inamic, fiind astfel de folos, celula care l-a produs este încurajată să se multiplice şi să-l producă în continuare. Dacă un anticorp/receptor se întîmplă să se potrivească unui antigen sine (adică e un autoanticorp), atunci celula producătoare este ucisă din faşă.

Cercetările recente arată că există două mecanisme distincte ale *toleranţei orale*. Unul este întocmai celui descris mai sus pentru prevenirea reacţiilor autoimune la alimente – distruge sau dezactivează din timp oricare celulă T sau B care are potenţialul de a reacţiona împotriva antigenilor din alimente. Tipul acesta de mecanism este stimulat prin expunerea la cantităţi mari din oricare aliment.

Al doilea mecanism lucrează într-un mod total diferit. Încurajează dezvoltarea celulelor T supresoare specifice unui aliment. Astfel de celule împotriva antigenului din alune, de exemplu, pot spune „Stop!" oricărei celule B sau celule T efectoare specifice alunelor şi le pot împiedica să acţioneze. Această a doua rută către toleranţa orală se manifestă cînd individul este expus la cantităţi mici de antigen al alimentului (cum este cazul sugarului care, prin intermediul laptelui matern, primeşte cîteva molecule din ce a mîncat mama la prînz).

Ambele mecanisme de toleranţă orală pot da greş, din motive pe care încă nu le putem înţelege în detaliu, cauzînd astfel *sensibilizarea* alergică la unul sau mai multe alimente.

Majoritatea reacţiilor imune sînt mixte

Pînă acum, am discutat despre diferitele tipuri de reacţii imunitare ca şi cum ar fi separate. De fapt, majoritatea afecţiunilor imunitare implică mai multe forme de reacţii imunitare deoarece, odată declanşat sistemul imunitar, sînt pornite mai multe reacţii în acelaşi timp.

Important este elementul predominant al acestui mix. În cazul unei alergii alimentare clasice, el va fi reacţia ce implică IgE şi mastocitele, mai ales cele din cavitatea bucală şi gît (vezi capitolul 4). În cazul bolii celiace, este o reacţie autoimună ce implică celulele T de la nivelul intestinului subţire. În cazul eczemei atopice este, la majoritatea pacienţilor, o reacţie celulară la nivelul pielii, deşi IgE pot avea şi ei un rol important (vezi capitolul 6). În cazul afecţiunilor eozinofilice, este vorba de influxul de celule imunitare numite eozinofile în peretele digestiv (vezi pp. 161-162).

Scanned with OKEN Scanner

În toate aceste boli însă pot avea loc şi alte reacţii imunitare. În cazul bolii celiace, de exemplu, se formează şi numeroşi alţi anticorpi odată cu reacţia celulară T, pur şi simplu deoarece sistemul imunitar este declanşat în general. Aceşti anticorpi stau la baza testelor de sînge pentru boala celiacă (vezi capitolul 7).

În multe dintre bolile descrise în această carte, cocteilul specific de reacţii imunitare ce provoacă simptomele variază de la un pacient la altul. De aceea variază şi rezultatele testelor, la fel ca şi reacţia la tratament.

Pentru a da un singur exemplu, rezultatele testului COLAP (vezi pp. 51-52) arată că unii pacienţi cu boala Crohn provocată de alimente sau cu gastroenterită eozinofilică, nici una considerată ca fiind reacţie IgE, prezintă totuşi un mic element de tip IgE. La inserarea unei cantităţi infime de mîncare la nivelul cel mai extern al mucoasei digestive, se produce o reacţie imunitară localizată, care aproape întotdeauna implică IgE şi mastocite.

Reacţii imunitare similare au fost descoperite prin intermediul testelor COLAP la unele cazuri de sindrom al colonului iritabil, cu sensibilitate la alimente. Există - cel puţin la unii pacienţi cu SCI - o reacţie imunitară localizată la anumite alimente, la nivelul mucoasei digestive, care implică IgE şi mastocite. În plus, numeroşi pacienţi cu SCI prezintă inflamaţii de intensitate scăzută ale mucoasei digestive, care depind probabil de alte mecanisme imunitare, nu de IgE - posibil reacţii ale celulelor T. Acesta este un aspect deosebit de interesant deoarece, atunci cînd se depistează reacţii de sensibilitate alimentară în cazurile de SCI, în general se consideră că este vorba de *intoleranţă* alimentară, nu de *alergie* alimentară. În cazul unor pacienţi este clar că *există* o reacţie imunitară la alimente în cadrul SCI, chiar dacă este doar o parte a problemei. Dar în cazul altora, mai ales al celor care nu prezintă sensibilităţi alimentare, s-ar putea să nu existe nici un factor imunitar, iar problema să se datoreze în întregime unei flore digestive anormale, care are ca rezultat fermentaţii digestive mai intense şi sensibilitate mărită la durere, produsă de acumularea de gaze în intestine (vezi capitolul 12). (SCI este dificil de clasificat tocmai datorită faptului că nu sînt prea mulţi pacienţi care să se manifeste la fel, de aceea i-am dedicat un întreg capitol, în loc să-l integrăm în capitolul despre intoleranţa alimentară.)

În cîteva boli ce ţin de reacţiile alimentare - în mod special boala Crohn -, flora intestinală sporeşte complexitatea situaţiei. Vom reveni mai tîrziu asupra modului în care sistemul imunitar interacţionează cu flora intestinală.

De ce este laptele matern atît de bun pentru bebeluşi

Cînd am discutat despre digestie, am menţionat perii minusculi numiţi vili, care ajută la absorbţia nutrienţilor. Ca şi vasele sangvine, fiecare vil conţine un *vas limfatic*, care se conectează la *sistemul limfatic*. Acesta este vărul mai puţin cunoscut al sistemului circulator: o reţea de vase care curge prin tot corpul şi transportă un lichid transparent, numit *limfă*.

Un derivat al sîngelui, limfa este plină de celule imunitare. Acestea se întîlnesc în puncte-cheie ale sistemului limfatic, numite *ganglioni limfatici*. Ganglionii limfatici le oferă celulelor şansa de a se aduna şi a face schimb de informaţii vitale. În timpul unei infecţii majore, ganglionii limfatici se măresc datorită activităţii intense a celulelor din interiorul lor, care se informează între ele despre ceea ce se petrece în organism. (Denumirea populară a ganglionilor din zona gîtului, atunci cînd se măresc, este de „gîlci".)

Vasele limfatice din interiorul vililor sînt ruta cea mai rapidă prin care celulele imunitare îşi fac rondul de serviciu în mucoasa intenstinală, întorcîndu-se apoi pentru a transmite informaţii de ultimă oră celorlalte elemente din sistemul imunitar. Celulele imunitare de la nivelul sistemului digestiv care se întorc în sistemul limfatic ajung, în cele din urmă, în fluxul sangvin (cele două sisteme circulatorii sînt conectate), care le transportă apoi prin tot corpul. În drumul lor, vor fi atrase în special de zonele de tip

Scanned with OKEN Scanner

mucoasă din organism. Aceste zone includ, la femei, celulele ce învelesc regiunile care produc lapte, din sîni.

Celulele imunitare precum cele de tip T sau B, venite din sistemul digestiv, sînt încurajate să debarce din fluxul sangvin în sîni, în special la femeile care alăptează. Ca şi soldaţii întorşi de pe front, ele posedă informaţii utile despre planurile inamicului. Odată ajunse în sîni, celulele B vor începe să fabrice anticorpii pe care i-au fabricat şi în sistemul digestiv, inclusiv anticorpi IgA împotriva proteinelor din alimente şi împotriva florei intestinale.

Anticorpii IgA sînt de tipul celor care limitează daunele, care pot promova coexistenţa paşnică cu proteinele din alimente. Pot ajuta, de asemenea, la păstrarea bacteriilor din flora intestinală acolo unde le este locul (adică în afara mucoasei digestive) fără a cauza dereglări pe parcurs. Este exact ce îi trebuie bebeluşului, presupunînd că a dobîndit aceeaşi floră intestinală de la mamă, în timpul naşterii sau imediat după aceea.

Anticorpii IgA pe care sugarul îi preia din laptele matern sînt deosebit de folositori, deoarece el nu îi poate produce încă. Anticorpii ajută la stabilirea unei relaţii bune cu flora nou formată şi promovează toleranţa faţă de alimentele consumate de mamă (ale căror urme se regăsesc în laptele matern), pe care le va mînca şi el mai tîrziu.

Anticorpii IgA preluaţi din laptele matern sînt un mijloc de protecţie în sine, dar şi un fel de manual de instrucţiuni pentru sistemul imunitar al bebeluşului, căruia îi arată cum să stabilească o relaţie de prietenie cu flora intestinală şi cu viitoarele alimente.

Laptele matern mai conţine şi alte elemente utile. Acestea includ lizozima, care ajută la lupta împotriva bacteriilor, unele celule imunitare care pot ţine bolile la distanţă şi citokinele, care îi pot da sfaturi de mare ajutor sistemului imunitar neexperimentat al sugarului. Tot în laptele matern se găsesc şi carbohidraţi cu catenă scurtă nedigerabili, care merg direct în colon şi asigură hrana florei intestinale, favorizînd tipurile mai utile de bacterii în detrimentul celorlalte. Fabricanţii de lapte praf visează să poată reproduce toţi aceşti factori benefici, de aceea au început să includă carbohidraţi similari, care să hrănească flora intestinală (prebiotici). Din nefericire, există limite în ceea ce priveşte laptele praf. Cu siguranţă, nu poate reproduce ingredientele unice produse de mamă, cum ar fi anticorpii IgA care educă sistemul imunitar al sugarului să tolereze exact acei microbi şi acei antigeni alimentari care fac parte din noua lui lume.

Flora intestinală

Bacteriile, împreună cu ceilalţi microbi care alcătuiesc flora intestinală sînt atît de numeroase, încît există zece pentru fiecare celulă a corpului nostru. Şi fac parte din cel puţin o mie de specii diferite (unele cercetări estimează numărul de specii chiar la 15.000-30.000). Fiecare dintre noi găzduieşte o uriaşă grădină zoologică de microbi.

Informaţiile acestea despre flora intestinală sînt relativ noi. La un moment dat, singurul mod de a studia microbii locatari era colectarea lor din materiile fecale şi cultivarea în laborator. Dar majoritatea nu pot supravieţui în prezenţa oxigenului, aşadar 80% din specii rămîneau necunoscute metodelor tradiţionale de investigaţie. Ştim asta în prezent datorită noilor tehnologii sofisticate care depistează urmele chimice lăsate de bacterii în materiile fecale, nemaifiind necesară izolarea lor.

Flora intestinală mai este cunoscută şi sub numele de *microbiotică* sau *microfloră*. Este prezentă în toate segmentele aparatului digestiv, însă în cantitate relativ mică la nivelul esofagului, stomacului şi în cea mai mare parte a intestinului subţire. Creşte în ultima parte a ileonului (segmentul final al intestinului subţire) şi atinge apogeul în colon (intestinul gros). Colonul abundă în forme de viaţă microscopice.

Scanned with OKEN Scanner

În condiţii normale, flora intestinală nu ne face nici un rău, ci e benefică. Cu toate acestea, prezenţa ei nu are ca scop binele nostru : lumea vie nu funcţionează aşa. Numeroşii membri ai florei intestinale se află acolo deoarece aparatul digestiv le oferă un mediu propice vieţii şi hrană din belşug.

Coevoluţia

Strămoşii noştri i-au avut pe strămoşii direcţi ai acestor bacterii în intestinele lor. Flora intestinală este o moştenire de familie în aceeaşi măsură cu fotografiile de familie. Deoarece strămoşii noştri au convieţuit cu ai lor, încă din timpuri preistorice, s-au adaptat unii cu alţii.

Presupunînd că totul e în regulă, sistemul imunitar le tolerează, dar le ţine acolo unde le este locul. Nu le permite să penetreze mucoasa digestivă, dar nici nu lansează atacuri distrugătoare împotriva lor.

De-a lungul mileniilor, strămoşii noştri (şi acum noi) au uitat să-i aprecieze pe aceşti parteneri la adevărata lor valoare. Organismul nostru este mulţumit de bacteriile florei digestive, care fabrică vitamina K ce poate fi apoi absorbită ca atare, iar el nu trebuie să se mai ocupe de sarcina aceasta dificilă. În plus, tot ele descompun fibrele din alimente, eliberînd astfel numeroase calorii folositoare organismului.

Prezenţa lor în aparatul digestiv împiedică alte bacterii, inclusiv pe cele care cauzează boli, să se instaleze. Doar acest motiv este un argument suficient pentru a tolera flora intestinală.

De fapt, ne-am obişnuit atît de mult cu flora intestinală, încît, fără stimulul ei, sistemul imunitar al bebeluşilor nu ar putea avea o evoluţie normală. În particular, unul dintre procesele de toleranţă orală nu ar avea loc. Fenomenul se cheamă „efect de învecinare", care se adaugă celor două procese de toleranţă orală descrise mai sus sporindu-le efectele. Atunci cînd membrii florei intestinale interacţionează cu sistemul imunitar, sînt convocate un tip de celule T specializate, a căror funcţie este să dea un ordin de protecţie : „Fiţi blînzi cu toţi antigenii din această zonă de acum înainte ! ". De aceste instrucţiuni beneficiază toţi antigenii aflaţi în vecinătatea florei, de aici „efectul de învecinare".

Un alt lucru pe care am uitat să-l apreciem cum se cuvine în legătură cu flora intestinală este că unii membri ai ei produc o substanţă numită butirat, care a devenit hrana preponderentă a celulelor care învelesc intestinul. În lipsa ei, mucoasa digestivă are de suferit.

Membrii florei digestive au învăţat, de-a lungul mileniilor, să ne suporte. De exemplu, unele bacterii produc substanţe care calmează reacţiile imunitare şi minimalizează şansele unui atac.

Dar nu toate sînt bune şi frumoase. Flora intestinală produce, de asemenea, toxine, pe care sîntem nevoiţi să le descompunem la nivelul ficatului. (Cei mai mulţi dintre noi sînt capabili să facă asta foarte bine, dar persoanele ce suferă de ciroză a ficatului în stare avansată, provocată de alcoolism, nu fac faţă acestor toxine bacteriale.) Şi, în cazul în care sistemul imunitar nu funcţionează la performanţe maxime dintr-un motiv sau altul, unii membri ai florei intestinale pot penetra mucoasa digestivă, unde se instalează.

În acelaşi fel, dacă li se oferă un aport suplimentar de hrană, membrii florei nu vor ezita să se ghiftuiască, fără să-şi facă griji de efectele asupra organismului. Asta se întîmplă în cazul celor care suferă de intoleranţă la lactoză (vezi capitolul 9) sau de malabsorbţie de fructoză (vezi capitolul 10), de exemplu.

Scanned with OKEN Scanner

Cel bun, cel rău şi cel urît

Aproape toate reclamele la iaurt susţin că bacteriile conţinute de produsele lor sînt aceleaşi care se găsesc în mod natural în intestine, numindu-le „bacterii prietenoase". Nu există nici o bacterie pe pămînt care să aibă ca scop unic binele omului (vezi mai sus), dar afirmaţia este adevărată, pînă la un punct. Nu se aplică însă la toţi membrii florei. Dintre miile de specii diferite care o alcătuiesc, unele sînt cu siguranţă mai benefice omului decît altele. Cele mai utile specii sînt considerate a fi bifidobacteriile şi lactobacilii (din genurile *Bifidobacter* şi *Lactobacillus*).

Aceste două specii sînt cele care generează substanţe antiinflamatorii care ajută sistemul imunitar să menţină o atmosferă paşnică în prezenţa lor. Un alt avantaj este că, atunci cînd descompun lactoza, produc acid lactic, mai degrabă decît hidrogen. În funcţie de ceea ce se întîmplă cu acidul lactic (ce alte bacterii îl preiau şi ce fac cu el), materiile fecale vor deveni uşor mai acide. Aciditatea e considerată benefică la bebeluşi, de exemplu. Mai puţin hidrogen e cu siguranţă un avantaj, deoarece înseamnă mai puţine gaze, mai puţină balonare şi disconfort. Cînd o persoană se adaptează la un anumit aport de lactoză, chiar dacă nu are suficientă enzimă lactază (vezi capitolul 9), aceasta se datorează în parte unei modificări a florei, adică declinul speciilor care produc hidrogen din lactoză şi înmulţirea celor care produc acid lactic.

Este semnificativ că, la pacienţii cu SCI, există mai puţine bifidobacterii şi lactobacili în flora intestinală, iar profilul acesteia diferă în funcţie de elementul simptomatic principal, diaree, constipaţie sau ambele. Flora intestinală poate fi, de asemenea, instabilă la unii pacienţi cu SCI, schimbîndu-şi profilul speciilor de-a lungul timpului (vezi capitolul 12).

Profiluri neobişnuite ale florei intestinale se mai întîlnesc în boala Crohn, deşi sînt diferite de tiparele întîlnite la SCI. Tratamentul cu probiotice pare să fie întrucîtva benefic în boala Crohn (vezi capitolul 7). Există diferenţe la nivelul florei intestinale şi la bebeluşii care au colici, comparativ cu cei care nu au probleme de sănătate (vezi capitolul 15). Anomalii ale florei intestinale au mai fost depistate şi la persoanele cu artrită reumatoidă şi cu eczemă atopică. Copiii care dezvoltă alergii IgE au un tipar diferit al florei faţă de cei care nu au alergii – valabil în ţările cu o incidenţă crescută a alergiilor, dar şi în ţări cu incidenţă scăzută a acestora.

Zone separate

Majoritatea oamenilor vorbesc despre flora intestinală de parcă ar fi omogenă. În realitate, există cîteva zone separate în colon, care au populaţii microbiene diferite.

Chiar pe mucoasa digestivă se află cîţiva membri aleşi ai florei intestinale. Deasupra mucoasei se află un strat de mucus, generat de mucoasă, care adăposteşte un alt set de microbi. Aceştia sînt legaţi de anumiţi piloni chimici din interiorul mucusului şi sînt greu de deplasat.

Mucusul are rolul unui gard între specii. Le oferă bacteriilor un spaţiu confortabil, în care să se poată ancora, şi, în acelaşi timp, le ţine la distanţă de celulele care alcătuiesc mucoasa. Asta minimalizează numărul invaziilor în interiorul mucoasei pe care sistemul imunitar trebuie să le respingă. Chiar şi aşa, aceste bacterii, ca şi cele care stau chiar pe suprafaţa mucoasei, interacţionează destul de mult cu sistemul imunitar. Tot ele ţin microbii cauzatori de boli la distanţă de mucoasa digestivă.

Scanned with OKEN Scanner

Ce este fermentaţia?

Fermentaţia este procesul prin care bacterille descompun alimentele, eliberează energie din ele şi o transformă în alte elemente. Este echivalentul bacterial al digestiei. Bacteriile variază extrem de mult în funcţie de alcătuirea lor chimică, iar procesul de fermentaţie al unei specii diferă faţă de alta. Bacteriile florei intestinale sînt un amestec variat cu o multitudine de procese de fermentaţie. Ce face o specie dintr-un aliment (precum lactoza sau fibrele) poate fi foarte dierit de ce poate face alta.

A treia categorie de populaţie a florei duce o viaţă nomadă. Aceşti microbi se amestecă cu materiile fecale în spaţiul central al colonului (numit *lumen intestinal*), mai degrabă decît să se fixeze în stratul de mucus. Ei sînt mult mai numeroşi şi mai importanţi în fermentaţia fibrelor şi altor reziduuri alimentare (vezi mai jos). Deci, impactul lor este mai semnificativ, în ce priveşte gazele şi balonarea, ca reacţie la alimente precum varza şi fasolea. Bacteriile din lumen au mai puţine interacţiuni cu sistemul imunitar decît cele din stratul de mucus sau de pe mucoasa intestinală. Cînd se efectuează studii ale florei intestinale, bacteriile din lumen sînt cele studiate, celelalte fiind mai puţin accesibile. Cu toate acestea, există relaţii între tipul de specii întîlnite în lumen şi cele din stratul de mucus.

Cu ce se hrăneşte flora intestinală?

Flora intestinală are două surse principale de hrană. Consumă sucurile digestive şi mucusul produse la nivelurile superioare ale aparatului digestiv, împreună cu celulele îmbătrînite ale mucoasei digestive. Apoi mănîncă resturile meselor noastre – orice scapă digestiei şi absorbţiei din intestinul subţire. Toate materiile pe care nu le folosim trec în colon, unde sunt aşteptate de flora intestinală gata să le devoreze.

Există o cantitate mică de proteine şi grăsimi nefolosite din hrana noastră care ajung la flora intestinală. Însă principala lor hrană sînt carbohidraţii – cu alte cuvinte, zaharuri, amidon şi fibre (vezi pp. 45-47).

Fibrele sînt, prin definiţie, materii pe care nu le putem digera, aşa că toate merg către floră. Cantitatea şi tipul de fibre consumate pot influenţa componenţa florei intestinale.

În cazul zaharurilor şi al amidonului, abilitatea de a le digera variază de la o persoană la alta, în funcţie de cantitatea consumată şi chiar de metoda de preparare a alimentelor (vezi p. 255). Cantitatea care ajunge la floră şi o hrăneşte depinde de toţi aceşti factori.

Bine aţi venit pe lume

Bebeluşul aflat în uter nu are nici un fel de microbi în intestine. Dacă se naşte în mod natural, preia bacterii şi alţi microbi de la mamă atunci cînd trece prin vagin. Dacă sînt scăpate fecale în timpul naşterii, şi acestea îi pot oferi bebeluşului o parte din microbii de care are nevoie. (De fapt, fecalele sînt probabil o sursă mult mai importantă, deoarece bacteriile din vagin s-ar putea să nu se stabilească permanent în aparatul digestiv al bebeluşului.)

Odată intraţi, puţinii microbi se vor multiplica pînă umplu toate spaţiile din colonul bebeluşului. (Carbohidraţii din componenţa laptelui matern ajută acest proces oferindu-le speciilor folositoare de bacterii hrana specifică – vezi pp. 38-39)

Scanned with OKEN Scanner

Copiii născuţi prin cezariană nu au şansa de a prelua bacterii de la mamă în timpul naşterii. Primele bacterii cu care se întîlnesc sînt cele din mediul spitalicesc şi de pe mîinile personalului medical (studiile arată că există aşa ceva, chiar şi în maternităţile cele mai bune). Unele dintre aceste bacterii nu sînt în nici un caz prietenoase – adesea includ *Clostridium difficile*, de exemplu, pe care bebeluşii născuţi natural nu le preiau de la mamă. Copiii născuţi prin cezariană preiau totuşi flora de la mamă în timp, prin contactul obişnuit. Cu toate acestea, profilul florei copiilor născuţi prin cezariană rămîne diferit de cel al copiilor născuţi natural, cel puţin o perioadă după naştere. Nu s-a dovedit încă dacă diferenţele sînt permanente. Unele diferenţe subtile pot persista.

Bacteriile preluate de bebeluşi în timpul sau imediat după naştere se împrietenesc cu sistemul imunitar, aşa că nu sînt atacate şi se stabilesc în aparatul lor digestiv. Alăptatul ajută în procesul de stabilire a unei convieţuiri paşnice cu flora intestinală.

Odată ce flora s-a instalat în noua sa casă, va ocupa cea mai mare parte a spaţiilor disponibile din stratul de mucus ce îmbracă mucoasa colonului, ceea ce ajută la respingerea microbilor dăunători pe care copilul îi va întîlni mai tîrziu. Acesta este doar unul dintre serviciile oferite de flora intestinală naturală.

Diferite aspecte ale traiului modern pot interfera cu procesul de stabilire a unei flore intestinale sănătoase. Naşterea prin cezariană este un factor. Înlocuirea alăptatului cu hrănirea cu biberonul este altul, deoarece laptele matern influenţează deosebit de mult dezvoltarea florei (vezi pp. 38-39). Flora intestinală a sugarilor hrăniţi cu biberonul este clar diferită de cea a sugarilor alăptaţi. Chiar şi una sau două mese cu biberonul, în maternitate, pot schimba profilul florei într-o anumită măsură, în direcţia profilului întîlnit la sugarii hrăniţi doar cu biberonul. Naşterea în spital poate, de asemenea, să modifice flora, iar timpul petrecut în spital imediat după aceea cu siguranţă o va modifica – cu cît bebeluşul petrece mai multe zile în spital, cu atît mai multe diferenţe se observă la nivelul florei sale. Copiii născuţi în spital au mai puţine bifidobacterii benefice decît cei născuţi acasă, fie că sînt alăptaţi sau hrăniţi cu biberonul.

Tratamentele cu antibiotice administrate copiilor la vîrste foarte mici, mai ales tratamentele repetate cu „antibiotice cu spectru larg" (care ucid mai multe tipuri de bacterii, nu doar unul), pot dăuna florei intestinale. Incidenţa cazurilor de astm este mai mare la copiii cărora li s-au administrat astfel de antibiotice în primul an de viaţă.

Lactoza şi nou-născuţii

În timp ce intoleranţa la lactoză poate fi o mare problemă la bebeluşi mai tîrziu (vezi capitolul 9), la nou-născuţi o mare parte din lactoză trece prin colon nedigerată, fără a cauza efecte negative. Cantitatea care ajunge în colon poate fi pînă la 70% din cea consumată. Lactoza ajunsă în colon constituie hrană pentru bifidobacterii şi lactobacili şi le favorizează dezvoltarea în primele zile de viaţă ale copilului.

Influenţarea florei intestinale la copiii mai mari şi la adulţi

Ştim că la nou-născuţi există o multitudine de factori care influenţează alcătuirea florei intestinale (vezi mai sus). Ce se întîmplă însă cu flora intestinală a copiilor mai mari şi a adulţilor? Situaţia nu mai stă la fel. Odată stabilită o floră sănătoasă, care lucrează perfect sincronizată cu sistemul imunitar, ea nu poate fi modificată cu uşurinţă.

În cazul adulţilor, se consideră puţin probabil ca un tratament obişnuit cu antibiotice să provoace un dezechilibru de durată al florei intestinale – ea ar trebui să-şi revină la normal după tratament. Totuşi, cercetările arată că persoanele care au urmat un tratament cu

Scanned with OKEN Scanner

antibiotice în anul precedent prezintă un risc considerabil sporit de a dezvolta sindromul de colon iritabil (vezi p. 243), iar legătura poate fi explicată prin schimbările profilului florei intestinale.

Alte studii despre SCI au dovedit că un singur tratament cu antibiotice, în doze foarte mari, cum ar fi cel administrat înaintea unei operaţii abdominale, poate cu certitudine predispune pacientul la SCI imediat după tratament (vezi p. 243). Iar aceasta se datorează, aproape sigur, faptului că antibioticele au dezechilibrat flora intestinală. Mulţi medici sînt îngrijoraţi de problemele ce ar putea fi provocate de tratamente repetate sau prelungite cu antibiotice, precum acelea prescrise uneori pentru acnee.

Diareea severă este de asemenea un factor dovedit care poate declanşa SCI, deoarece şi ea modifică flora intestinală (vezi pp. 242-243).

În prezent, se caută tratamente care să influenţeze flora intestinală în mod pozitiv. Membrii mai utili ai florei, cum ar fi bifidobacteriile şi lactobacilii, sînt consumatoare exclusive de carbohidraţi, pe cînd alte bacterii se vor înfrupta şi cu ceva proteine, dacă li se oferă. Acesta este principiul exploatat de tratamentele numite *prebiotice*. Ele sînt un tip de fibre solubile care au o valoare nutritivă preferată de bifidobacterii şi lactobacili. Un amestec de inulină şi molecule mai scurte derivate din inulină (FOS) duce la rezultate pozitive ca prebiotic şi are beneficii semnificative în cazul cîtorva boli.

O altă abordare în influenţarea florei intestinale este furnizarea de bacterii folositoare, precum bifidobacteriile şi lactobacilii, prin intermediul produselor numite *probiotice*. Pentru a se încadra în această descriere, bacteriile trebuie să fie capabile să treacă prin aparatul digestiv şi să ajungă în colon vii (lucru deloc uşor – e o cursă plină de pericole). Odată ajunse acolo, bacteriile trebuie să supravieţuiască şi să îmbunătăţească procesele de fermentaţie din colon, cel puţin pentru un timp. Multe dintre produsele comercializate sub denumirea de probiotice nu întrunesc condiţiile necesare. Adesea se află foarte puţine bacterii vii în componenţa produsului, chiar înainte de a fi consumat, pentru că majoritatea au murit în timpul transportului şi al depozitării. Produsele sub formă de capsule care pot fi cumpărate din magazine naturiste se încadrează, de regulă, în această categorie, dacă nu au fost transportate şi depozitate cu mare grijă (cele păstrate la rece au mai multe şanse să fie bune).

Mulţi lactobacili cresc în mod natural în lapte şi sînt răspunzători pentru formarea iaurtului şi a altor produse lactate. Însă, pentru cei mai mulţi lactobacili, habitatul lor natural este materia vegetală în descompunere. Versiuni domestice ale acestor specii sînt folosite pentru a face varza murată, o varză fermentată care se consumă în mod tradiţional în Germania. Unele dintre aceste bacterii ar putea avea efecte benefice asupra florei intestinale. Studiile efectuate pe copiii de şcoală Steiner din Europa (un grup cu o incidenţă foarte scăzută a afecţiunilor alergice) au descoperit că profilul florei lor intestinale era total diferit faţă de cel al altor copii din aceleaşi zone geografice. Motivul este, în parte, stilul de viaţă foarte diferit al familiilor lor: preferinţa de a da naştere copiilor în mod natural, acasă, şi de a-i alăpta exclusiv la sîn, combinată cu aversiunea faţă de folosirea antibioticelor şi a altor medicamente. Însă consumul de produse vegetale fermentate, cum este varza murată, care face, de asemenea, parte din cultura lor, pare a completa explicaţia.

Dacă nu vă place în mod deosebit varza murată, poate vă veţi bucura să aflaţi că există o bacterie de acest tip, *Lactobacillus plantarum*, disponibilă acum sub formă de probiotic şi care pare promiţătoare. În cadrul unui studiu, de exemplu, a ameliorat simptomele pacienţilor cu SCI. Spre deosebire de alte bacterii probiotice studiate pînă acum, s-ar putea să fie capabilă să se stabilească în stratul de mucus din mucoasa intestinală şi să reziste acolo pentru un timp. Asta nu se întîmplă în cazul majorităţii probioticelor. Ele pur şi simplu populează temporar lumenul intestinal şi sînt înlăturate odată cu fecalele. Ceea ce înseamnă că, pentru a beneficia de efectele lor, trebuie luate în permanenţă.

Scanned with OKEN Scanner

Unele produse combină un prebiotic cu un probiotic. Amestecul se numeşte *sinbiotic* şi poate să aducă beneficii suplimentare.

Ce sînt drojdiile din sistemul digestiv?

Drojdiile sînt fungi unicelulari, înrudiţi cu mucegaiurile şi ciupercile. Ele trăiesc în colon, însă nu s-a scris aproape nimic despre ele în cea mai mare parte a studiilor şi manualelor despre flora intestinală. Aceasta se datorează faptului că metodele moderne care au revoluţionat studiul florei intestinale sînt centrate pe studierea bacteriilor. Tehnicile folosite depistează semnăturile chimice lăsate de bacterii şi nu pot fi redirecţionate cu uşurinţă spre studierea drojdiilor.

În parte din această cauză, medicina tradiţională acordă prea puţină atenţie drojdiilor. Se ştie că ele cauzează probleme pacienţilor cu imunodeficienţă şi infecţii ale pielii şi ale unor regiuni umede ale corpului, cum ar fi gîtul, vaginul şi penisul. Altfel, nu sînt considerate de prea mare importanţă. Drojdiile din flora intestinală sînt, în general, trecute cu vederea. Medicii care studiază intoleranţele alimentare nu au însă aceeaşi atitudine, deoarece au văzut numeroşi pacienţi care par să prezinte o înmulţire excesivă a drojdiilor în intestin, producînd diferite simptome (vezi p. 220). Problema aceasta apare cel mai frecvent la pacienţii care au luat multe antibiotice. Rezultatele pozitive impresionante apar doar în urma administrării de medicamente antifungice asociate cu o dietă care evită zahărul, mai ales la pacienţii la care s-a încercat o altă modalitate de tratament, fără succes.

Zahărul, amidonul şi fibrele

Această secţiune se ocupă cu termenii folosiţi pentru carbohidraţii din dietă şi explică ce înseamnă fiecare. Vă va fi de ajutor pentru a înţelege multitudinea de sfaturi şi informaţii (unele corecte, altele nu) pe acest subiect şi pentru a evalua multe afirmaţii folosite în reclame.

Să începem chiar cu termenul carbohidrat! Înseamnă o substanţă alcătuită din zaharuri. Numele reflectă faptul că orice zahăr, adus la temperaturi foarte înalte (ca atunci cînd faceţi caramel şi uitaţi să reduceţi focul), se descompune în carbon şi apă – de aici termenul *carbo-hidrat* (apa se evaporă, iar carbonul este materia dură şi neagră rămasă pe fundul vasului).

Cel mai mic carbohidrat este o singură moleculă de zahăr. Cei mai mari carbohidraţi sînt molecule uriaşe alcătuite din sute de zaharuri unite în lanţuri drepte sau ramificate.

Un singur zahăr se mai numeşte şi *monozaharidă* („un zahăr") sau *zahăr simplu*. Cele mai comune monozaharide sînt glucoza, fructoza şi galactoza. Ele pot fi absorbite din intestinul subţire în fluxul sangvin.

Două zaharuri unite alcătuiesc o *dizaharidă*. Ele nu pot fi absorbite din intestine decît după ce au fost despărţite în două monozaharide separate. Dizaharidele comune sînt sucroza (zahărul alb, brun şi demerara), lactoza (zahărul din lapte), trehaloza (se găseşte în ciuperci) şi maltoza (se găseşte în germeni de cereale şi se foloseşte la fabricarea berii).

Trei zaharuri alcătuiesc o *trizaharidă*, patru o *tetrazaharidă*, iar cinci o *pentazaharidă*. Unele dintre ele se găsesc în plantele din familia verzei şi din abundenţă în mazăre, fasole, soia şi linte. Nu le putem digera, aşa că ajung în colon, sînt consumate de flora intestinală şi stau la baza cunoscutelor gaze provocate de aceste alimente.

Un lanţ scurt de zaharuri este o *oligozaharidă*. Catenele mai lungi sînt *polizaharide*. Ele includ o mare varietate de substanţe, multe dintre ele nedigerabile. Un alt termen colectiv pentru moleculele mai mari este cel de *carbohidraţi complecşi*.

Scanned with OKEN Scanner

Cei pe care îi putem digera sînt *amidonurile* – catene lungi, neramificate de glucoză, unite printr-o anumită legătură pe care o putem rupe. (Este de reţinut însă că şi amidonurile sînt uneori rezistente la digestie – vezi p. 255)

Apoi urmează restul – carbohidraţii nedigerabili, o multitudine variată şi interesantă. O denumire a lor este *polizaharide neamidonoase* sau PNA. Termenul obişnuit este cel de *fibre*, deosebit de confuz, deoarece ne duce cu gîndul la ceva aţos, ca învelişul unei nuci de cocos. Majoritatea fibrelor nu au nimic în comun cu această imagine: pot fi solubile în apă, de exemplu, cum este *pectina*, care se extrage din mere. (Dacă aţi adăugat vreodată pectină la gemul făcut în casă pentru a-l întări, ştiţi că este un lichid transparent şi gros.) Aşa că termenul fibre ne poate induce în eroare, dar îl vom folosi în continuare, fiind larg acceptat.

În fibre, zaharurile sînt unite cu un alt tip de legătură pe care nu o putem rupe. Deoarece fibrele nu sînt digerate, merg în colon (intestinul gros) şi hrănesc flora intestinală (unele bacterii din floră pot descompune legăturile dificile din fibre). Există multe tipuri diferite de fibre, cu efecte diferite asupra florei intestinale.

Unele tipuri de fibre, cum ar fi *inulina* – găsită în praz şi ceapă şi din belşug în napul porcesc –, sînt hrana preferată a bacteriilor benefice precum *Bifidobacter*. Inulina este astfel utilă organismului pentru că va spori numărul de bifidobacterii. Cercetătorii din domeniul medical au investigat posibilitatea ca suplimentele de inulină să îmbunătăţească echilibrul speciilor la nivelul florei intestinale şi să reducă simptomele anumitor afecţiuni.

Suplimentele care pot face aşa ceva se numesc *prebiotice*. Un prebiotic care dă în mod deosebit rezultate încurajatoare este un amestec de inulină şi *oligofructoze* (numite şi *fructo-oligozaharide* sau FOS). Din punct de vedere chimic, inulina este alcătuită din catene lungi, ramificate de fructoză. Oligofructozele sînt derivatele sale: catene mai scurte de fructoză. O altă denumire cu care v-aţi putea întîlni este aceea de *fructani*: include inulina şi FOS.

Pe măsură ce bacteriile din flora intestinală descompun fibrele, ele produc o varietate de substanţe interesante. Unele se numesc *acizi graşi cu catenă scurtă* sau SCFA. Ele includ *butiratul*, care este înmuiat de celulele mucoasei intestinale şi folosit ca sursă de energie pentru acestea. În lipsa butiratului, mucoasa intestinală este înfometată şi manifestă o permeabilitate mărită. Un alt efect folositor al butiratului este că stimulează diferite activităţi imunitare care blochează dezvoltarea de cancere în mucoasa intestinală. SCFA în ansamblu stimulează absorbţia apei din colon, un pas necesar în ultima etapă a digestiei.

Multe dintre substanţele generate din fibre de către flora intestinală pot fi absorbite în fluxul sangvin şi folosite drept combustibil pentru organism. Cam 60-70% din caloriile din fibre pot fi astfel extrase şi utilizate.

Strămoşii noştri maimuţe, ca şi maimuţele din ziua de azi, aveau o populaţie mult mai mare de bacterii în cecum (o parte a colonului). La maimuţe, unele dintre aceste bacterii descompun celuloza (materia structurală a celulelor vegetale) aproape în întregime, ceea ce permite ca energia conţinută de celuloză să poată fi absorbită şi folosită. De aceea gorilele pot creşte mari şi puternice cu o dietă bazată în întregime pe frunze. Noi am pierdut multe dintre bacteriile mîncătoare de celuloză, iar cele pe care le mai avem pot extrage doar caloriile dintr-o fracţiune a celulozei pe care o consumăm. De aceea am muri de foame dacă am mînca doar salate.

Atunci cînd consultaţi sfaturi dietetice despre „fibre", nu uitaţi că ele pot însemna numeroase lucruri. Fibre precum pectina, o fibră solubilă care este descompusă aproape complet de flora intestinală, sînt total diferite faţă de tărîţele de grîu, de exemplu, care sînt insolubile şi foarte greu de digerat de către floră. Efectele diferitelor tipuri de fibre asupra florei intestinale şi a sănătăţii intestinelor sînt deocamdată puţin cunoscute, însă se manifestă un uriaş interes ştiinţific faţă de acest subiect, iar în curînd s-ar putea să avem mai multe informaţii.

Scanned with OKEN Scanner

În cele din urmă, termenul *carbohidraţi rafinaţi* înseamnă de regulă făină albă şi zahăr alb. *Indicele glicemic* al unui aliment care conţine carbohidraţi este măsura cantităţii de glucoză eliberate din aliment şi absorbite în fluxul sangvin în orele de după masă. Este un factor important de luat în considerare de către diabetici, care trebuie să-şi menţină nivelul de glucoză cît mai stabil posibil.

Gazele naturale din intestine

Anumite bacterii folosesc hidrogen, pe care îl transformă într-un alt gaz, numit metan. (Este acelaşi gaz folosit la încălzire sau pentru gătit. Este de asemenea produs în urma fermentaţiilor din stomacul vacilor.) Doar o minoritate a populaţiei umane posedă bacteriile care produc metan. Încă nu se cunoaşte dacă aceste bacterii sînt dăunătoare sau inofensive pentru colon. Afirmaţia că metanul cauzează constipaţie este controversată – dovezile în acest sens nu sînt pe deplin convingătoare (vezi p. 252).

Oamenii care produc metan ar putea avea rezultate inexacte la testele care necesită măsurarea hidrogenului expirat, cum ar fi testarea hidrogenului din respiraţie pentru depistarea intoleranţei la lactoză (vezi capitolul 9).

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 3

Testele pentru sensibilitate alimentară – care funcționează cu adevărat?

Capitolul acesta prezintă toate testele convenţionale pe care le-ar putea folosi medicul dumneavoastră pentru a diagnostica sensibilităţile alimentare, precum şi diferite alte teste medicale standard care ar putea avea relevanţă în cazul unor pacienţi.

În a doua parte a capitolului (vezi pp. 61-72), vom prezenta fiecare dintre cele mai cunoscute teste din reclamele adresate direct consumatorilor. Reţineţi că multe dintre ele vizează intoleranţele alimentare şi nu sînt folosite de medici, nici măcar de cei specializaţi în tratarea acestora şi care sînt întotdeauna deschişi la metode noi, inovatoare. Ei sînt gata să folosească un test rapid şi simplu pentru intoleranţe, dacă ar exista un asemenea test valid. Îndoielile legate de validitatea testelor sînt îndreptăţite, întrucît se bazează pe evaluarea atentă a dovezilor şi pe înţelegerea modului în care organismul reacţionează la alimente. Lipsa încrederii faţă de teste din partea comunităţii medicale nu este o problemă de ortodoxism rigid şi de ignorare a noilor descoperiri. Este vorba doar de medicii care nu sînt dispuşi să irosească timpul şi banii nimărnui pe teste care rareori sînt utile în diagnosticare şi care pot fi adesea extrem de înşelătoare.

Nici un test nu este perfect 100% şi nici nu dă rezultate incontestabile tot timpul, nici măcar cele folosite în medicina tradiţională, însă unele teste sînt cu siguranţă mai exacte şi mai utile decît altele. Multe dintre testele cărora li se face reclamă pur şi simplu nu funcţionează. Altele măsoară factori în general irelevanţi în majoritatea cazurilor de sensibilitate alimentară. Doar cîteva dintre ele măsoară factori relevanţi, însă nu sînt suficient de precise pentru a avea valoare. Testele prezentate în reclame – diferite de cele folosite de medici – au mari şanse de a se dovedi o risipă de bani şi ar putea să creeze confuzie sau chiar să înrăutăţească problema, dacă sugerează schimbări inadecvate de dietă. Piaţa aşa-ziselor „teste de alergii" este uriaşă şi neguvernată de reguli stricte. Aşa cum probabil ştiţi, reclamele din ziua de azi au multiple forme, iar articolele entuziaste din ziare şi reviste, din cărţile care promovează anumite teste şi alte recomandări de acest fel, oricare ar fi sursa lor, trebuie privite cu scepticism dacă nu sînt susţinute de dovezi ştiinţifice solide.

Scopul testelor

Testele pot fi folosite în scopuri diferite:

1) Pentru a indica dacă simptomele se datorează unei reacţii la alimente.
2) Pentru a stabili care aliment(e) provoacă simptomele.
3) La copii, pentru a se vedea dacă o anumită reacţie de sensibilitate alimentară a fost depăşită (vezi p. 332).

Scanned with OKEN Scanner

4) Pentru a descoperi *ce fel* de reacţie are loc în organism şi cauzează simptomele, ceea ce ar permite diagnosticarea afecţiunii.
5) Pentru a depista alte eventuale schimbări în organism, în afară de simptomele evidente.

Este util să reţinem aceste scopuri diferite şi să fim conştienţi de scopul fiecărui test în parte. Este de remarcat că unele teste au mai multe scopuri în acelaşi timp.

Teste directe şi indirecte

În cazul primelor trei puncte de mai sus, există două abordări ale testării: directă şi indirectă.

Testele directe

Cel mai evident test direct pentru sensibilitatea alimentară este pur şi simplu evitarea alimentului pentru a se vedea dacă simptomele dispar, iar apoi consumarea acestuia în cadrul unui *test de provocare alimentară*, pentru a vedea dacă simptomele revin. Acesta este, cu certitudine, cel mai clar mod de a acoperi primele două puncte de mai sus – sînt alimentele cele care provoacă simptomele şi, dacă sînt, care dintre ele sînt responsabile? Cu toate acestea, există mai multe motive datorită cărora această abordare nu poate fi aplicată în orice situaţie.

Tipul acesta de testare directă simplă nu funcţionează în cazul sensibilităţilor la mai multe alimente şi în cazul în care simptomele nu apar imediat după ce alimentul este ingerat, ceea ce se întîmplă în general în *intoleranţa alimentară idiopatică* (vezi capitolul 11) şi în unele tipuri de alergie alimentară non-IgE. Cu toate acestea, testarea directă poate fi făcută să funcţioneze, chiar şi în aceste condiţii, dacă este executată cu grijă şi sistematic, prin intermediul unei *diete de diagnosticare prin eliminare* (descrisă complet în capitolul 14).

Testele directe nu sînt posibile dacă există riscul de şoc anafilactic, aceasta fiind o reacţie foarte periculoasă. Precauţia se adresează, evident, oricărei persoane care a avut un episod de anafilaxie provocat de mîncare, dar şi copiilor cu eczemă atopică reactivă la alimente deoarece, pentru unii dintre ei, reacţia la un aliment evitat pentru un timp poate fi mai severă decît înainte. Trebuie să fiţi bine informaţi înainte de a încerca o provocare alimentară la un copil cu eczemă atopică şi să ştiţi cum să vă asiguraţi că testul este executat în siguranţă (detaliile complete se găsesc în capitolul 6).

Un avertisment final legat de testele de provocare alimentară se leagă de efectul placebo. Dacă o persoană crede că un anumit aliment îi va provoca o reacţie, convingerea în sine poate declanşa o reacţie (vezi p. 228). Ideal este ca toate reacţiile observate în testarea deschisă (cînd se cunoaşte identitatea alimentului) să fie confirmate prin *testul dublu-orb cu grup de control placebo.*

Dublu-orb înseamnă că nici pacientul, nici persoana care înregistrează reacţia nu ştiu ce aliment este testat, nici dacă este vorba doar de placebo (nu este prezent nici un aliment testat). Aceasta presupune deghizarea alimentului astfel încît gustul să nu-i dezvăluie identitatea. În cazul testelor de provocare pentru alergiile alimentare de tip IgE, aceasta nu este o problemă, deoarece nu este nevoie decît de o cantitate infimă de aliment pentru a provoca o reacţie. Alimentul este, de regulă, administrat într-o capsulă de mici dimensiuni. (Este valabil doar în spitale, întrucît reacţia poate pune viaţa pacientului în pericol.)

Scanned with OKEN Scanner

Este însă important de observat că doar cantităţi infime de alimente nu sînt suficiente pentru a provoca simptome în cazul intoleranţei alimentare idiopatice. Din nefericire, medicii care nu ştiu prea multe despre intoleranţele alimentare nu cunosc acest detaliu şi cred că testele de provocare cu alimente incapsulate pot fi folosite în diagnostic.

Chiar şi în cazul reacţiilor la alimente care implică sistemul imunitar (cum ar fi eczema atopică reactivă la alimente) este uneori nevoie de o cantitate mai mare de aliment sau de contactul direct al alimentului cu cavitatea bucală pentru a provoca o reacţie. Aşadar, reacţia negativă la alimentul din capsulă ar putea fi un *rezultat fals negativ* (termenul este explicat mai jos). Dacă reacţia la un astfel de test este consecvent negativă, medicul va considera că posibilitatea unei alergii la acel aliment a fost eliminată. Cu toate acestea, mulţi alergologi nu se vor opri la aceste teste negative cu capsule, ci vor continua prin testarea unor cantităţi mai mari de aliment, deghizat altfel, sau chiar cu un test deschis, pentru a fi absolut siguri.

Testele indirecte

Atunci cînd testul direct nu este posibil, recomandat sau convenabil, există unele forme de testare indirectă care să acopere primele trei puncte (vezi p. 48) prin metode mai ocolite.

Toate testele indirecte au limite – este în natura lor. Oricît de bune ar fi, pot da rezultate înşelătoare uneori, care se împart în două categorii:

- *Rezultat pozitiv fals* înseamnă că rezultatul testului este pozitiv, însă nu are legătură cu ceea ce se petrece în realitate. De exemplu, poate sugera sensibilitatea la un anumit aliment, cînd, de fapt, acel aliment nu produce nici un simptom.
- *Rezultat negativ fals* înseamnă că rezultatul testului este negativ, cînd, de fapt, pacientul chiar are simptome în urma consumării alimentului.

Un test care prezintă foarte puţine rezultate pozitive false are *valoare predictivă pozitivă bună*. Dacă un astfel de test sugerează că reacţionaţi la un aliment, atunci probabil aşa e.

Un test care prezintă foarte puţine rezultate negative false are *valoare predictivă negativă bună*. Dacă un astfel de test sugerează că nu reacţionaţi la un aliment, este probabil adevărat.

Un test poate avea valoare predictivă pozitivă bună şi valoarea predictivă negativă slabă sau viceversa. Este greu de conceput un test care să fie foarte bun în ambele sensuri. (Cele mai neindicate tipuri de teste sînt slabe în ambele direcţii.)

Există încă doi termeni folosiţi în descrierea testelor: *sensibilitatea* şi *specificitatea*. Să presupunem că avem un grup de 100 de oameni, dintre care 20 au boala X, iar 80 nu o au. Dacă testul utilizat îi identifică pe toţi cei 20 care au boala, atunci are o sensibilitate foarte mare – chiar de 100%. Dacă identifică şi alţi 20 de oameni ca avînd boala cînd ei nu o au, atunci testul are specificitate relativ scăzută. Specificitatea este de doar 75%, deoarece, din cei 80 de oameni care nu au boala, testul a dat rezultatul corect doar pentru 60.

Un alt test ar putea da un rezultat pozitiv pentru 15 dintre cei care au boala, dar rezultate negative pentru toţi ceilalţi 85 din grup. Acest test are o specificitate de 100% (toţi cei care nu au boala au fost corect identificaţi ca neavînd-o), dar o sensibilitate de 75%, deoarece a recunoscut doar 15 dintre cei 20 care au boala.

Înţelegerea punctelor de separare

Toate testele care măsoară nivelul unui factor (un anticorp din sînge, de exemplu) necesită un *punct de separare*. Aceasta este cantitatea care marchează graniţa dintre rezultatul pozitiv şi cel negativ. Individul al cărui nivel se află deasupra punctului de separare va fi

Scanned with OKEN Scanner

considerat ca avînd rezultat pozitiv la test, iar cel al cărui nivel se află sub punctul de separare va avea un rezultat negativ.

Setarea punctului de separare la un nivel diferit schimbă performanţa testului, precum şi utilitatea sa. Rezultatele de la un alt laborator nu pot fi comparate direct dacă s-au folosit puncte de separare diferite (sau tehnici de măsurare diferite).

Interpretarea rezultatelor testelor

Toate testele, în special cele indirecte, trebuie interpretate cu mare atenţie. Să luăm ca exemplu testarea pentru IgE specific unui aliment, de exemplu, prin teste cutanate sau de sînge (vezi mai jos). Chiar şi folosind o metodă standardizată şi acelaşi punct de separare, acurateţea variază destul de mult, în funcţie de vîrsta persoanei testate, de alimentul în cauză (soia, de exemplu, este bine cunoscută ca fiind înşelătoare) şi uneori alţi factori. Un alergolog, pediatru sau gastroenterolog experimentat va cunoaşte toate slăbiciunile acestor teste. Va interpreta rezultatele în funcţiile de limitele intrinseci ale fiecărui test, le va compara cu simptomele pacientului şi va trage o concluzie corectă. Cine nu are nivelul necesar de informaţie şi de expertiză nu va putea să facă asta, astfel că şi cele mai performante teste nu vor valora prea mult dacă ajung pe mîini neexperimentate.

Din nefericire, nu toată lumea este conştientă de acest lucru, iar unele persoane fără studii medicale, inclusiv practicanţi ai medicinei alternative, oferă teste cutanate sau teste de sînge pentru IgE. Diverse companii de pe Internet vînd teste de sînge pentru IgE, iar teste pentru acasă pot fi procurate din farmacii. Deşi sînt bune, aceste teste trebuie efectuate de un expert care are la activ mii de astfel de teste şi care să vă cunoască istoricul medical.

Nu alegeţi o astfel de cale de a vă testa singuri înainte de a apela la un medic cu experienţă, care va şti cum să interpreteze corect reacţiile obţinute. Lipsa de specialişti alergologi din Marea Britanie poate face dificil accesul la unul dintre ei, dar cereţi medicului de familie o recomandare oricum şi nu renunţaţi. O trimitere la un gastroenterolog sau un pediatru (mulţi dintre ei efectuează teste cutanate, de exemplu) poate fi mai uşor de obţinut.

Testele medicale pentru intoleranţa la lactoză

Există patru teste principale care detectează intoleranţa la lactoză şi sînt descrise pe larg în capitolul 9.

Testele medicale pentru alergiile alimentare de tip IgE

Testele directe pentru alergiile alimentare IgE

Cel mai simplu test direct este testul de provocare alimentară. Mai sînt disponibile, în scop de cercetare, teste de provocare a mucoasei.

Testul COLAP şi alte teste de provocare a mucoasei

În 1997, o echipă de cercetători de la Şcoala Medicală din Hanovra (Germania) a publicat detaliile unei noi metode de diagnosticare numită COLAP : testul Colonoscopic de Provocare a Alergenilor. Cantităţi minuscule de alergeni alimentari specifici sînt inserate în mucoasa

Scanned with OKEN Scanner

(stratul de suprafaţă) a colonului (intestinal gros), folosind un ac montat pe un endoscop (vezi pp. 59-60 pentru mai multe detalii despre endoscoape). Urmărind prin endoscop, medicul poate observa cum reacţionează mucoasa intestinală. Dacă reacţia este pozitivă, este probabil (deşi nu cert) să apară simptome la consumarea alimentului.

Alte grupuri de cercetători au încercat metode similare la nivelul rectului (segmentul final al colonului). Testele de provocare a mucoasei au mai fost folosite pentru a studia reacţiile alergice de tip IgE la nivelul mucoasei stomacului.

Aceste teste sînt instrumente utile de cercetare care au dus la rezultate interesante în cadrul studiilor ştiinţifice, dar nu sînt adecvate pentru diagnosticarea de rutină.

Testele indirecte pentru alergiile de tip IgE

Există două teste foarte bune pentru alergiile de tip IgE: testul cutanat şi testul de sînge pentru IgE specific (adică IgE împotriva unui anumit aliment). Deşi sînt bune, nu este însă indicat să ne aşteptăm la mai mult decît ne pot oferi. Sînt utile doar pentru acele reacţii la alimente care se datorează probabil anticorpilor IgE şi, prin urmare, fără nici o valoare pentru intoleranţele alimentare, de exemplu, sau pentru alergiile non-IgE.

Un alt lucru important de avut în vedere este că nu pot arăta dacă pacientul reacţionează prin simptome la alimentul testat – pot arăta doar sensibilitatea la respectivul aliment (adică IgE este produs împotriva lui). Sistemul imunitar dispune de modalităţi variate de a bloca reacţii inadecvate şi este posibil să ţină sub control acea reacţie nepotrivită la IgE. O reacţie IgE pozitivă la un aliment nu înseamnă absolut nimic dacă nu se manifestă şi simptomele în acelaşi timp.

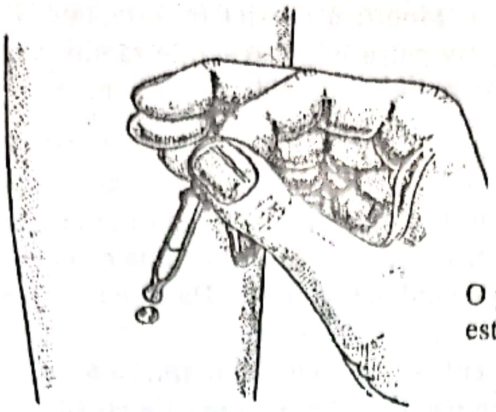
Un alt lucru pe care testele nu-l pot face este să prezică severitatea reacţiei. Cu cît este mai intens rezultatul testului cutanat sau cu cît este mai ridicat nivelul de IgE specific, cu atît mai mare este probabilitatea unei reacţii majore, cum ar fi şocul anafilactic, însă aceasta este doar o probabilitate, nu o certitudine. (Cercetările continuă pentru a face testele capabile să răspundă la această problemă deosebit de practică, astfel încît cei ce suferă de alergii să ştie cît mai clar care le este nivelul personal de risc).

Testul cutanat (TC)

Testele cutanate (cunoscute şi sub denumirile de *teste prin înţepătură-puncţie, teste prin puncţie* şi *teste prin înţepătură cutanată*) pot fi folosite pentru a identifica reacţii alergice de tip IgE la alimente. *Testul prin zgîriere* este o tehnică foarte asemănătoare. Alergiile de tip IgE sînt unicul tip de reacţii identificate prin acest gen de test.

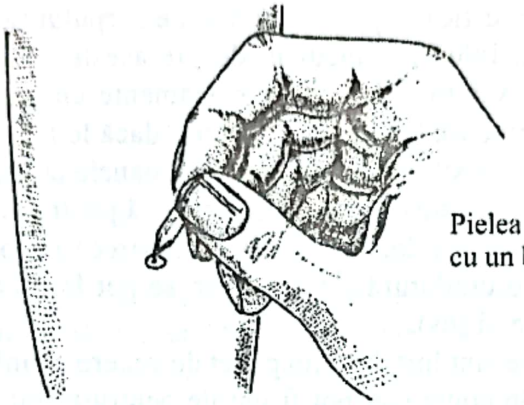
În testul cutanat prin înţepare, se picură pe braţ o cantitate minusculă de lichid care conţine alergenul, cum ar fi lapte, ou sau peşte. Apoi se înţeapă uşor pielea, folosind un bisturiu, astfel încît un pic din lichid pătrunde în stratul superficial al pielii. (Înţepătura este superficială, nu se produce sîngerare, aşa că alergenul nu ajunge în fluxul sangvin.) Dacă imediat apare o umflătură roşie cu un centru alb, mai mare decît aceea produsă de un test cutanat cu apă sărată (soluţie salină), se consideră a fi o reacţie. Lungimea şi raza umflăturii este măsurată pentru a evalua cît este de puternică reacţia. Se stabileşte un punct de separare (vezi pp. 50-51), conform căruia umflăturile mai mici nu sînt luate în seamă, iar cele mai mari sînt catalogate drept reacţii pozitive. Stabilirea corectă a punctului de separare în funcţie de extractul de aliment folosit şi vîrsta persoanei supuse testului este o parte esenţială a unui program de testare exact.

Scanned with OKEN Scanner



O picătură de extract de alergen este plasată pe piele

Testul cutanat prin înţepare



Pielea e uşor înţepată cu un bisturiu

Un test cutanat cu histamină prin înţepare – o substanţă secretată de organism în timpul reacţiilor alergice – va fi de asemenea inclus în bateria de teste. Testul ar trebui să provoace o reacţie puternică la toată lumea. Dacă nu se întîmplă aşa, atunci pielea s-ar putea să aibă o problemă de reactivitate scăzută, aşa că nici alte teste nu vor funcţiona. (Administrarea de antihistamine poate face pielea mai puţin reactivă – vezi mai jos.)

Testul cu soluţie salină se numeşte *control negativ,* iar testul cu histamină se numeşte *control pozitiv.*

Testele cutanate funcţionează bine în cazul alergiilor alimentare clasice de tip IgE şi al sindromului de alergie orală (vezi capitolele 4 şi 5), deşi se înregistrează destul de multe rezultate pozitive false, mai ales la copiii de vîrste mici.

Rezultatele negative false sînt mult mai rare, dar există. Unele studii sugerează că testul cutanat funcţionează mai precis la alimentele proaspete, nu doar la fructe şi legume (vezi mai jos), dar şi la alergeni precum alunele. În momentul de faţă însă încă se mai folosesc la scară largă extractele de alimente disponibile în comerţ, deoarece sînt mai convenabile (vezi p. 50 pentru definiţia *rezultatului pozitiv fals* şi a *rezultatului negativ fals*).

Testele cutanate mai pot fi folosite pentru a identifica reacţii la alimente în astm şi eczemă atopică, deoarece aceste afecţiuni apar adesea la persoane predispuse la reacţii IgE. Cu toate acestea, reacţiile la alimente în cazul acestor afecţiuni sînt complexe şi nu se manifestă neapărat ca o reacţie IgE directă (vezi capitolul 6), aşa că testele cutanate sînt mai puţin utile decît în cazul alergiei la polen sau al alergiilor alimentare clasice. Persoanele care suferă de eczemă atopică, în special copiii, au, în general, mai multe rezultate pozitive false la testele cutanate pentru alergenii din alimente, deci rezultatele trebuie interpretate cu mare atenţie.

Deşi e un test evaluat cu vederea, este deosebit de reproductibil, aşa că testele cutanate efectuate de alt medic sau altă asistentă ar trebui – teoretic – să aibă aceleaşi rezultate. Desigur, aşa cum reacţia imunitară la alergeni se poate modifica în timp, şi testele cutanate

Scanned with OKEN Scanner

la anumite alimente se pot modifica. Modificările sînt însă treptate. Pe termen scurt – pe parcursul unui interval de aproximativ patru luni – reacţiile rămîn neschimbate.

Dacă urmează să faceţi teste cutanate, iată cîteva detalii pe care ar trebui să le cunoaşteţi:

- Antihistaminele vor împiedica pielea să reacţioneze în parametrii optimi aşa că, dacă este posibil, este bine să întrerupeţi administrarea lor cu cîteva zile înainte de test. Dacă nu puteţi renunţa la ele, informaţi medicul în timpul consultaţiei. Intervalul pentru care trebuie să opriţi administrarea lor depinde de antihistamina pe care o luaţi – ar trebui să aveţi detalii specifice de la medicul de familie. Dacă nu vi s-au dat instrucţiuni, asiguraţi-vă că le obţineţi.
- În ce priveşte anafilaxia, istoricul testelor cutanate arată un grad de siguranţă foarte ridicat, rareori se întîmplă ca un pacient să aibă o reacţie cu adevărat gravă. Dar, dacă suferiţi de astm sever, aţi avut urticarie pe arii extinse ale corpului ca reacţie la un aliment sau chiar un şoc anafilactic, informaţi medicul despre aceste detalii, pentru a asigura echipament de resuscitare. Administrarea de medicamente cunoscute ca betablocante creşte uşor riscul de reacţii intense la testele cutanate: dacă le luaţi, informaţi medicul.
- Testele cutanate ar putea fi imposibil de efectuat la persoanele cu iritaţii pe arii mari din suprafaţa corpului, deoarece nu este destulă piele normală pentru testare. Testele ies din discuţie şi în cazul persoanelor cu dermatografism, deoarece simpla înţepare cu un ac uscat şi curat le-ar provoca o umflătură. În locul lor, se pot folosi testele de sînge care măsoară IgE specific (vezi mai jos).
- Alergenii din fructe şi legume sînt instabili din punct de vedere chimic. Aceasta înseamnă că extractele produse în scop comercial pot fi inutile pentru testul cutanat dacă au fost păstrate mai multe luni. Un rezultat negativ ar putea fi fals, de aceea trebuie verificat dacă nu se potriveşte cu reacţiile la consumul alimentului respectiv. Mulţi alergologi folosesc un pic de suc extras direct din fructul sau leguma în cauză, pentru a se asigura de viabilitatea alergenului folosit. Acesta se numeşte *test de dublă înţepătură*, deoarece bisturiul înţeapă mai întîi fructul, apoi pielea.
- Dacă credeţi că aţi avut o reacţie la un aliment neobişnuit, ar fi bine să păstraţi un pic din el (la congelator) pînă la consultaţie şi să-l luaţi cu dumneavoastră. Testul cutanat ar putea fi efectuat folosind chiar alimentul respectiv.

Testele cutanate ne pot sensibiliza faţă de un aliment?

Ideea că testele cutanate chiar pot sensibiliza o persoană la un anumit alergen poate fi găsită pe Internet. Alergologii o privesc, în general, cu mult scepticism. Posibilitatea a fost sugerată de imunologul şi nutriţionistul Janice Joneja, pe baza cazurilor cîtorva pacienţi consultaţi de ea, care afirmau că nu au avut simptome ca răspuns la anumiţi alergeni înainte de testul cutanat, ci ulterior. Medicii care tratau aceşti pacienţi au presupus că reacţia existase dinainte, dar nu fusese observată, aşa că afirmaţiile pacienţilor nu au fost investigate.

Nu s-au făcut cercetări pentru a verifica această idee, deoarece se efectuează permanent un număr extrem de mare de teste cutanate, în toată lumea, iar alergologii consideră că, dacă sensibilizarea ar avea loc, ar fi fost cu siguranţă remarcată pînă acum. Nici unul dintre alergologii pe care i-am consultat nu a avut vreun pacient care să revină cu noi sensibilităţi ca urmare a testului cutanat, în ciuda milioanelor de teste pe care le-au efectuat pe parcursul vieţii lor profesionale.

Cu toate acestea, trebuie spus că nu există dovezi care să ne permită să spunem că acest lucru este imposibil. Nu există cercetări care să afirme cu certitudine că testele cutanate nu produc niciodată sensibilizare. Deoarece testul se foloseşte de mai bine de 50 de ani, nu a fost supus la examenele riguroase prin care ar trece un test nou

Scanned with OKEN Scanner

în ziua de azi. Se ştie că alergenii puşi pe piele pot declanşa sensibilizarea de tip IgE, cum se întîmplă cu uleiul de alune din cremele pentru piele (vezi p. 346), dar asta implică doze mai mari, aplicate în mod repetat, pe o perioadă îndelungată, şi nu doza minusculă, unică a unui test cutanat. În concluzie, părerea noastră este că sensibilizarea în urma testelor cutanată este extrem de improbabilă, însă este posibil să existe o mică şansă de sensibilizare, la o minoritate de pacienţi predispuşi la alergii, în cazul în care se testează *repetat* un alergen puternic, precum alunele. Este improbabil, deşi nu imposibil, ca acest efect să existe şi să nu fi fost depistat.

Cercetările în domeniu ar fi extrem de binevenite, dar ar necesita deosebit de mulţi pacienţi pentru a fi demne de încredere. Între timp, nu credem că există motive serioase de îngrijorare. Cu toate acestea, testele de sînge pentru IgE specific sînt la fel de utile ca şi testele cutanate (deşi mai costisitoare), aşa că nu trebuie să le faceţi dacă vă îngrijorează posibilele riscuri.

Testele intradermice

Testul intradermic este similar testului cutanat, excepţia fiind alergenul care este plasat mai în profunzimea pielii. Aceasta presupune o provocare mai mare pentru sistemul imunitar, aşa că obţinerea unei reacţii este mai probabilă decît în cazul testului cutanat. Rezultatele negative false sînt mai rare la testele intradermice, dar rezultatele pozitive false sînt mai frecvente, mai ales în cazul alergenilor din alimente. Există de asemenea un risc mai mare de anafilaxie decît la testele cutanate. Testele intradermice sînt folosite foarte rar în Marea Britanie, dar în America de Nord, dacă testul cutanat cu un alergen suspect are rezultat negativ, se încearcă apoi un test intradermic. Atîta vreme cît echipamentele de resuscitare sînt la îndemînă, nu există pericole.

Testele de sînge pentru IgE specific

Acestea sînt testele care încearcă să depisteze IgE specific împotriva unor anumiţi alergeni din alimente într-o mostră de sînge.

Există mai multe tehnici. Una dintre ele, numită RAST (testul Radio-Alergo-Sorbant), se foloseşte doar pentru IgE. Alta, numită ELISA (testul de imunosorbanţi enzimatici), poate fi folosită pentru măsurarea IgE, precum şi a altor tipuri de anticorpi, cum ar fi IgC. O formă avansată a RAST, numită CAP-RAST FEIA, poate măsura *cantitatea* reală de IgE specific, ceea ce poate fi util. Cu cît este mai mare nivelul de IgE specific, cu atît este mai probabil ca rezultatul să fie semnificativ pozitiv, şi nu fals pozitiv.

Testele cutanate şi cele de sînge specifice pentru alimente au tendinţa de a da, în general, acelaşi rezultat – dacă testul cutanat arată că sînteţi alergic la extractul de homar/crevete, atunci şi testul sangvin pentru IgE specific crevetelui vă va arăta acelaşi lucru. Cu toate acestea, nu se întîmplă întotdeauna aşa, deoarece testele analizează factori uşor diferiţi. Testul sangvin arată pur şi simplu existenţa IgE specific crevetelui în sînge. Testul cutanat pozitiv nu arată doar prezenţa IgE specific crevetelui în piele, ci şi dacă este ataşat la mastocite, care, la rîndul lor, pot fi declanşate de alergenul din crevete şi făcute să elibereze histamine (care produc umflătura ce determină rezultatul pozitiv al testului).

Adevărata întrebare la care aveţi nevoie de răspuns însă – atunci cînd aţi avut vome şi diaree severă după ce aţi consumat creveţi la un restaurant, care nu au făcut rău nimănui în rest – este dacă aveţi sau nu IgE specific crevetelui ataşat mastocitelor de la nivelul stomacului şi intestinelor, gata să acţioneze din nou data viitoare cînd veţi mînca creveţi.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care şi testul cutanat, şi cel sangvin sînt puternic pozitive, e foarte probabil ca răspunsul să fie afirmativ. Organismul dumneavoastră este clar în alertă în ce priveşte alergenul din creveţi, aşadar fiecare punct de intrare este pregătit de luptă.

Ce se întîmplă dacă testul cutanat e pozitiv, iar cel sangvin e negativ? Aceasta înseamnă că aveţi mastocite înarmate cu IgE specific la nivelul pielii, dar nu există prea mult IgE în sînge. Presupune aceasta existenţa de IgE care să înarmeze mastocitele din stomac? Probabil că da, dar nu neapărat. Dar dacă testul sangvin e pozitiv, iar cel cutanat este negativ? Din nou, nu poate fi dat un răspuns cert.

Există mulţi pacienţi care au rezultate diferite la testele cutanate şi cele sangvine, fapt ce arată că poate exista IgE din abundenţă într-o zonă a organismului, în timp ce este absent în altele. Ştiind asta, nu este surprinzător să apară un pacient care are o reacţie alergică IgE distinctă la nivelul mucoasei digestive, în timp ce ambele teste cutanat şi sangvin, la alimentul respectiv, să fie negative. Cu siguranţă nu este un caz comun, dar se poate întîmpla.

Pînă recent, singura cale de a demonstra existenţa unei astfel de alergii în mod obiectiv era prin intermediul unui test de provocare dublu-orb cu un grup de control placebo. Dar, fiind un proces care durează mult timp, medicii apelează la el doar dacă au avut loc reacţii repetate de acelaşi fel şi dacă povestea pacientului este îndeajuns de convingătoare. Deoarece voma şi diareea ulterioare consumului de scoici se poate datora cu uşurinţă unei intoxicaţii alimentare, există tentaţia de a înlătura posibilitatea unei reacţii alergice dacă testele cutanate şi sangvine sînt negative.

În prezent există şi alte căi de a investiga astfel de cazuri, deşi nu sînt uşoare şi nici rapide. Una este testul de provocare a mucoasei, descris la pp. 51-52. Astfel de teste au arătat că pot exista reacţii ale IgE extrem de localizate, care se manifestă doar unde se manifestă şi simptomele – în intestine, de exemplu. Este o manifestare extrem de neobişnuită a alergiei alimentare clasice IgE, dar se poate întîmpla. Poate sta la baza unei reacţii la alimente – cel puţin în cazul unei mici părţi a pacienţilor – în alte afecţiuni, cum ar fi sindromul de colon iritabil (vezi pp. 247-248). O altă abordare de investigaţie, folosită la copiii mici sensibili la laptele de vacă, a găsit la unii dintre ei dovezi ce sugerează o reacţie a mastocitelor localizată în duoden – prima parte a intestinului subţire. Genul acesta de reacţie a fost depistat la copiii ale căror teste, şi cutanate, şi sangvine, la IgE specific laptelui erau negative.

Ca şi testele cutanate, testele sangvine de IgE pot da rezultate pozitive false. Cu alte cuvinte, puteţi avea IgE împotriva unui alergen din sînge (poate chiar şi un test cutanat pozitiv) care însă nu declanşează simptomele unei reacţii alergice în momentul de faţă. Reacţia poate apărea în viitor sau sistemul dumneavoastră imunitar poate ţine permanent sub control reacţia IgE, prin verificări şi echilibrări.

Testele de sînge pentru IgE specific sînt mult mai costisitoare decît cele cutanate, aşadar, în diagnosticarea de rutină, testele cutanate sînt preferate de medicii atenţi la costurile suportate de asigurări.

La copiii cu alergii alimentare de tip IgE, la care există un risc substanţial de anafilaxie dacă sînt expuşi direct la alimentul testat, testele care să indice dacă şi-au depăşit alergia (vezi p. 332), odată cu vîrsta, ar fi de mare ajutor. Un test cantitativ pentru IgE la alimentul testat (adică un test care să măsoare *cantitatea* de IgE din sînge) ar putea arăta în ce măsură este probabil ca alergia să fi dispărut. În prezent, se lucrează la noi teste care să dea rezultate şi mai precise.

Teste sangvine pentru IgE total

Testarea sîngelui pentru a se măsura conţinutul total de IgE este uneori efectuată pe lîngă depistarea de IgE specifici la anumiţi alergeni. Cantitatea totală de IgE poate fi utilă în diagnosticarea unui copil cu eczemă atopică, de exemplu. Nu arată însă nimic în legătură cu posibilitatea existenţei unei sensibilităţi alimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Testul de histamine secretate de bazofile

Evenimentul central într-o reacţie alergică de tip IgE este eliberarea bruscă şi masivă de histamine (şi alte substanţe inflamatorii) de către celulele imunitare cunoscute ca mastocite şi bazofile. Bazofilele pot fi extrase dintr-o mostră de sînge şi apoi amestecate cu un anumit aliment, pentru a se urmări reacţia.

Dacă se manifestă o reacţie la aliment, atunci se va elibera histamină din bazofile, care poate fi măsurată cantitativ. Aceasta va oferi un indiciu clar a ceea ce s-ar putea întîmpla dacă alimentul este consumat, iar molecule intacte din el ar fi absorbite în sînge.

Acesta este un test sangvin care merge cu un pas mai departe decît simpla depistare de IgE specific unui aliment. Este considerat un indicator mai sensibil al reacţiilor alergice reale decît testul cutanat sau testul sangvin obişnuit pentru IgE, deşi nu există studii care să confirme asta. Este un test costisitor, folosit doar în cercetare, nu în diagnosticarea de rutină.

Testele medicale pentru alergiile alimentare non-IgE

Testele directe

Testele de provocare alimentară pot fi folosite pentru alergiile alimentare non-IgE, dar, întrucît reacţia este adesea întîrziată, nu sînt practice. Este important să se folosească cantitatea corectă de aliment pentru a se provoca o reacţie – cantităţile mici care funcţionează în cazul alergiilor IgE s-ar putea să nu producă simptome la alergiile non-IgE.

Cercetătorii au încercat să utilizeze teste de provocare a mucoasei (vezi pp. 51-52) cu alimente în afecţiuni care nu se datorează reacţiilor de tip IgE, cum ar fi boala Crohn. La plasarea de extracte alimentare pe mucoasa rectală, au putut urmări reacţiile imunitare la alimente. Metoda aceasta nu se foloseşte, în prezent, în diagnosticarea de rutină.

Testele indirecte

Testele indirecte folosite pot fi adaptate la un tip de afecţiune, cum se procedează în cazul bolii celiace (vezi capitolul 7 pentru testele folosite). Alte teste sînt aplicabile la cîteva alergii non-IgE diferite şi sînt prezentate aici.

Testul atopic cu comprese (APT)

Aceasta este o abordare inovatoare a testării sensibilităţilor alimentare, de mare utilitate în eczema atopică, în afecţiunile eozinofilice şi în anumite alte situaţii unde se manifestă o reacţie alimentară încetinită. Nu este încă aprobat ca un test de rutină în diagnosticarea acestor afecţiuni şi este în continuare controversat.

O mostră de aliment îngheţată şi deshidratată se aplică pe piele sub o compresă şi se menţine acolo timp de două zile. Se poate folosi şi alimentul în stare proaspătă, ceea ce ar funcţiona mai bine, nu doar în cazul fructelor şi legumelor (ca la testele cutanate), ci şi al alimentelor precum laptele şi ouăle.

Tehnica a fost adaptată din testul cu comprese folosit de dermatologi pentru a diagnostica sensibilitatea la parfumuri, nichelul din bijuterii şi alte substanţe care cauzează iritaţii la

Scanned with OKEN Scanner

contactul cu pielea (*dermatite de contact*). Testele cu comprese depistează *reacţiile de hipersensibilitate întîrziată*, chiar mai bine decît reacţiile fulgerătoare ale alergiilor de tip IgE.

Munca de pionierat în ce priveşte testele cu comprese atopice a fost desfăşurată de către o echipă de cercetători de la Universitatea Tampere, din Finlanda, sub îndrumarea prof. Erika Isolauri. Ei folosesc testele atopice cu comprese, în conjuncţie cu testele cutanate, pentru a identifica posibilele alimente declanşatoare la copiii cu eczemă atopică, metode prezentate în capitolul 6. Combinaţia de teste depistează mult mai multe reacţii la alimente decît fiecare test folosit individual. Rezultatele se pot confirma cu ajutorul provocărilor alimentare.

O modalitate de a folosi rezultatele este alcătuirea unei diete prin eliminare pentru copil. Toate alimentele care au dat reacţii pozitive la oricare dintre teste sînt înlăturate, ceea ce duce la normalizarea aspectului pielii, astfel încît să se poată trece la testarea directă (consumul fiecărui aliment în parte).

În prezent, se încearcă folosirea testelor atopice cu comprese şi pentru depistarea altor reacţii de sensibilitate alimentară. Ca şi eczema atopică, sînt reacţii care nu implică neapărat IgE, uneori manifestîndu-se cu întîrziere. Testele cu comprese s-au arătat promiţătoare la bebeluşi şi copii mici cu simptome precum voma şi diareea. În ce priveşte eczema atopică, se încearcă folosirea testelor atopice cu comprese în combinaţie cu testele cutanate, care pot depista mai multe reacţii alimentare decît fiecare tip de test în parte. Afecţiunile de tip eozinofilic (vezi pp. 161 şi 321) pot fi şi ele supuse testării atopice cu comprese, conform unor studii preliminare în acest sens.

Pentru a fi de folos în diagnosticarea de rutină, testele trebuie să fie standardizate, astfel încît să dea întotdeauna rezultate compatibile. Pînă acum, standardizarea testelor atopice cu comprese s-a dovedit dificilă. Compresele gata făcute, cu cantităţi precise de alimente deshidratate şi congelate, sînt de preferat din punct de vedere al standardizării, dar studiile arată că reacţiile la alimentele congelate pot fi slabe, lipsindu-le autenticitatea reacţiilor obţinute folosind comprese cu alimente în stare proaspătă. Folosirea alimentelor proaspete însă face testele dificil de standardizat şi necesită mai mult efort. Comunitatea medicală încă manifestă numeroase dubii în privinţa testelor atopice cu comprese şi probabil va trece multă vreme pînă ce vor fi utilizate la scară largă în Marea Britanie.

Investigaţii ale reacţiilor celulelor imunitare

Studiile de laborator asupra celulelor imunitare prelevate din sînge pot arăta cum reacţionează atunci cînd sînt amestecate cu proteine din anumite alimente. Dacă există o reacţie imunitară la proteina alimentară folosită, aceasta poate fi observată în diverse moduri. Poate face celulele să se divizeze, efect măsurabil prin *testul de proliferare a limfocitelor* sau *testul de transformare a limfocitelor.* O reacţie imunitară ar stimula, de asemenea, celulele să producă diferite substanţe cu rol de mesager (*citokine*). Anumite citokine pot fi măsurate pentru a arăta ce fel de reacţie are loc şi cît este de puternică.

Toate aceste teste sînt potenţial valoroase în detectarea reacţiilor imunitare non-IgE şi sînt folosite uneori în cercetările medicale sau pentru investigarea pacienţilor cu simptome dificil de interpretat. Cu toate acestea, încă nu fac parte din diagnosticarea de rutină. Este posibil ca, în viitor, să fie folosite la scară mai largă.

Testele pentru eozinofile

Tipul de celulă imunitară cunoscut sub numele de eozinofilă este personajul principal în afecţiuni cum ar fi gastroenterita eozinofilică, care se poate manifesta la adulţi (vezi capitolul 7) sau la bebeluşi (vezi capitolul 16). Eozinofilele mai pot avea roluri minore în

Scanned with OKEN Scanner

multe alte reacţii la alimente – au obiceiul de a-şi face apariţia oriunde sistemul imunitar declanşează o acţiune, iar dacă vin în număr suficient de mare, sînt capabile să înrăutăţească inflamaţia.

Există diferite căi de a detecta aceste celule imunitare problematice. Cînd se recoltează o biopsie, mostra poate fi pătată (tratată cu un lichid colorat) într-un anumit mod şi apoi examinată la microscop pentru a se depista prezenţa eozinofilelor (ele absorb o substanţă roşie numită *eozină*, de unde şi-au căpătat şi numele). Cînd se efectuează examenul de coprocultură (vezi mai jos), el poate include detectarea eozinofilelor în sine sau a unor substanţe caracteristice pe care le produc (vezi pp. 34-35). Dacă se găseşte oricare dintre ele, înseamnă că există o inflamaţie cu prezenţa eozinofilelor undeva în tractul digestiv.

Se pot examina şi mostre de sînge pentru a detecta eozinofilele sau produsele lor. Dacă sînt găsite în număr mai mare decît cel normal, aceasta sugerează o inflamaţie undeva în organism la care contribuie eozinofilele. Inflamaţiile din tractul digestiv vor da semnale de acest gen în sînge doar dacă implicarea eozinofilelor este substanţială.

Testele generale

Secţiunea aceasta prezintă teste care pot fi utile în cazul oricărui tip de sensibilitate alimentară.

Testele de coprocultură

Veţi fi rugaţi să aduceţi o mostră de scaun (materii fecale). Aceasta poate fi testată pentru o mare varietate de factori care indică starea de sănătate a sistemului digestiv, incluzînd semne de infecţii parazitice sau bacteriale, de exemplu, ori semnale de inflamaţie. Unele teste pot fi direct relevante pentru sensibilităţile alimentare, cum ar fi:

- Detectarea sîngelui (care poate fi acolo, dar nu evident – numit „sînge ocult"). Sîngele în scaun (*hematochezia*) poate indica o inflamaţie într-o parte a sistemului digestiv, de exemplu.
- Detectarea lactozei neabsorbite (termenul tehnic folosit este *reducerea substanţelor*), care poate indica deficienţa de lactază (vezi capitolul 9).
- Detectarea celulelor imunitare numite eozinofile (vezi mai sus) sau a ECP, substanţa specifică pe care o produc.
- Detectarea altor celule imunitare sau a altor substanţe care indică inflamaţii la nivelul intestinelor.

Endoscopia şi biopsia

Endoscopia este un ajutor high-tech al diagnosticării, un adevărat miracol al tehnologiei moderne. Utilizînd camere video de cele mai mici dimensiuni, montate pe o tijă lungă şi flexibilă, medicul poate să privească în interiorul corpului uman şi să vadă ce se petrece acolo. În cazul persoanelor cu sensibilităţi alimentare, ale căror simptome sînt localizate în tractul digestiv, poate constitui cheia unui diagnostic precis.

Endoscoapele pot fi introduse prin gură (*endoscopie superioară*), pentru a urmări esofagul, stomacul (*gastroscopie*) şi duodenul – prima parte a intestinului subţire (vezi

Scanned with OKEN Scanner

figura de la p. 26) – sau prin cealaltă extremitate a tractului digestiv, prin anus (*endoscopie inferioară*), pentru a urmări intestinul gros sau colonul (*sigmoidoscopie* – doar urmărirea ultimului segment al colonului – şi *colonoscopie* – urmărirea colonului în întregime). Dacă se înaintează încă puţin, este posibilă inspecţia ultimului segment al ileonului, la capătul intestinului subţire (*ileoscopie*). Partea centrală a intestinului subţire este greu de accesat indifferent de intrare, dar există alte strategii pentru a o vedea (vezi mai jos).

Biopsiile se recoltează de obicei în acelaşi timp cu efectuarea endoscopiei, cu ajutorul unui dispozitiv special care face parte din endoscop. Poate fi direcţionat astfel încît să recolteze mostre minuscule din zonele ce par anormale. Mostrele sînt examinate apoi la microscop pentru a se identifica eventuale leziuni (enteropatie) cauzate de reacţii alergice sau de alt fel şi tipul de celule imunitare convocate acolo.

Gastroenterologul care execută endoscopia şi biopsia va introduce dispozitivul uşor prin gura (sau anusul) pacientului, apoi va folosi camera pentru a ghida endoscopul în locul dorit din tractul digestiv. Endoscopia poate fi un proces neplăcut, indiferent cît de fin este executat, aşa că se poate administra anterior un anestezic local şi/sau un sedativ. La copii, se poate administra un anestezic general. Nu există dureri după procedură, deşi unele persoane au dureri uşoare în gît după endoscopia superioară.

Endoscopia cu capsulă video este o tehnică inovatoare prin care se culeg imagini preluate de o cameră video minusculă (cam de dimensiunea unei capsule cu vitamine) pe care pacientul o înghite. Este un fel de sondă spaţială pentru interiorul organismului uman, care transmite imagini dintr-un peisaj extraterestru. Capsula emite o rază de lumină şi înregistrează aproximativ două imagini pe secundă, în timp ce se deplasează prin intestinul subţire. Imaginile sînt transmise unui receptor situat pe o curea purtată de pacient şi pot fi transferate apoi pe un computer, pentru a fi văzute de medic. Acest dispozitiv poate fi util în localizarea surselor de sîngerare din profunzimea intestinului subţire, acolo unde endoscopul nu poate ajunge. Sau poate fi folosit pentru a depista leziuni uşoare ale mucoasei intestinale, cum sînt acelea manifestate în primele stadii ale bolii Crohn, de exemplu, unde diagnosticarea timpurie este de o importanţă majoră.

Testele de sînge

Cînd se recoltează o probă de sînge, ea va fi testată în mai multe moduri, pentru a se evalua starea generală de sănătate a pacientului. Unele măsurători care pot fi direct relevante pentru sensibilităţile alimentare sînt:

- Totalul de anticorpi IgE. Presupunînd că nu există o infecţie parazitică (care ar ridica nivelul de IgE pentru a lupta împotriva infecţiei), atunci un nivel ridicat al totalului de IgE va indica o predispoziţie generală la o alergie de tip IgE şi în particular la eczema atopică.
- Anticorpi IgE specifici unor alimente, ceea ce poate ajuta la diagnosticarea alergiilor alimentare de tip IgE (vezi capitolele 4 şi 5).
- Anticorpi caracteristici bolii celiace (vezi capitolul 7).
- Nivelul albuminei, o proteină care este un constituent normal important al sîngelui. Unele forme de enteropatie pot provoca scăderea nivelului albuminei sub cel normal (vezi p. 28), ceea ce se numeşte *hipoproteinemie*.
- Numărul de globule roşii şi cantitatea de hemoglobină din sînge, care pot fi reduse (*anemie*) în cazul unei sîngerări masive la nivelul tractului digestiv, de exemplu, sau în caz de insuficienţă a fierului absorbit din alimentaţie din cauza malabsorbţiei (ceea ce se întîmplă adesea odată cu enteropatia, ca în boala celiacă – vezi capitolul 7). În acelaşi

Scanned with OKEN Scanner

timp, şi alte tipuri de celule sangvine vor fi numărate, inclusiv diferite celule imunitare : aceasta poartă numele de *sumar sangvin total.*

- Eozinofilele sau produsele lor, ale căror niveluri ridicate pot indica prezenţa unei afecţiuni eozinofilice (vezi p. 161).
- Semnalizatori generali ai inflamaţiilor. Unul dintre ei este CRP sau *proteina C reactivă*, o proteină produsă de ficat. Nivelul ei creşte dramatic ca reacţie la inflamaţiile din orice parte a corpului. Un alt test este ESR sau *rata sedimentării eritrocitelor* – viteza cu care globulele roşii (*eritrocitele*) se separă din mostra de sînge. În cazul unei inflamaţii generalizate în organism (cum este artrita reumatoidă sau boala Crohn, de exemplu, sau datorită infecţiilor), globulele roşii au tendinţa de a se grupa şi deci a se fixa mai repede. Modificările în CRP şi ESR pot fi utilizate pentru a verifica dacă inflamaţia este în creştere sau în retragere, astfel monitorizîndu-se afecţiunea.
- Anticorpii cunoscuţi sub numele de ASCA (anticorpi anti-*Saccharomyces cerevisiae*; sînt anticorpi împotriva drojdiilor) şi pANCA (anticorpul citoplasmic antineutrofil perinuclear). Nivelurile acestor anticorpi pot ajuta la diagnostic dacă medicul nu este sigur că pacientul suferă de boala Crohn sau de colită ulceroasă (vezi capitolul 7). pANCA este un tip de anticorp autoimun care se găseşte mai adesea în cantitate sporită la pacienţii cu colită ulcerativă decît la cei cu boala Crohn. Anticorpii ASCA IgG împotriva drojdiilor sînt cu 80% mai numeroşi la pacienţii cu boala Crohn, comparativ cu 20% la cei cu colită ulcerativă. ASCA sînt consideraţi o măsură a permeabilităţii sporite a mucoasei intestinale.
- În mod excepţional, se poate investiga reacţia celulelor imunitare din sînge la proteinele din alimente (vezi p. 58).

Mostrele de sînge se mai folosesc şi pentru teste genetice, pentru a se depista deficienţa congenitală de lactază (vezi p. 172), de exemplu. Ocazional, testele genetice sînt utile atunci cînd se suspectează boala celiacă, iar alte teste nu au confirmat-o. Dacă se găseşte fundalul genetic care creează predispoziţia la boala celiacă (vezi capitolul 7), diagnosticul este întărit.

Testele de mucoasă bucală

Prin frecarea interiorului cavităţii bucale cu un ghemotoc de bumbac, se pot recolta cîteva celule, suficiente pentru efectuarea unui test genetic, ca alternativă la recoltarea de sînge (vezi mai sus).

Testele direct disponibile consumatorilor

Această secţiune prezintă testele comercializate direct publicului general.

Testele sangvine

Testele sangvine pentru anticorpii care indică boala celiacă

În prezent este disponibil un test sangvin prin înţepătură în deget, sub numele de marcă Biocard, echivalent testelor de laborator pentru anticorpii IgA împotriva transglutaminazei din ţesuturi (tTG) – anticorpi extrem de caracteristici bolii celiace (vezi capitolul 7). Este un

Scanned with OKEN Scanner

test foarte precis, iar utilizarea sa a fost validată prin cîteva studii de screening la scară largă, care au avut rezultate impresionante în detectarea cazurilor de boală celiacă nediagnosticate anterior (vezi pp. 144-145). Deşi este un test bun, ar fi de preferat să fie efectuat de un medic, dacă este posibil, deoarece el va putea oferi recomandări adecvate imediat, precum şi o trimitere urgentă la un specialist pentru testele ulterioare necesare (inclusiv o biopsie), dacă rezultatul este pozitiv.

Dacă efectuaţi testul acasă şi rezultatul este pozitiv, este bine să mergeţi la medic imediat şi să faceţi o biopsie *înainte* de a trece la o dietă fără gluten: este extrem de important (vezi capitolul 7). Cei care sînt deja la o dietă strictă fără gluten de mai mult de două luni trebuie să ţină seama că testul ar putea ieşi negativ, chiar dacă suferă de boala celiacă.

Un neajuns al testului Biocard este că nu va detecta boala celiacă la pacienţii cu deficienţă generală de anticorpi IgA. (Se lucrează în prezent la o nouă versiune a testului care să rezolve acest neajuns.) Această afecţiune (cunoscută şi sub denumirea de *deficienţă selectivă de IgA*) apare la unul din o mie de indivizi. Poate produce simptome, cum ar fi predispoziţia la infecţii, sau nu. Testul care poate identifica deficienţa selectivă de IgA poate fi comandat de medic, nefiind disponibil direct pentru consumatori în Marea Britanie, din cîte ştim noi.

Sînt, de asemenea, disponibile teste de laborator pentru indicatorii bolii celiace, pentru care trebuie să trimiteţi o mostră de sînge. Unele companii oferă două teste diferite: pe lîngă testul pentru tTG-IgA, un alt test poate detecta prezenţa anticorpilor IgG împotriva gliadinei (o proteină din grîu). Anticorpii antigliadină (AGA) pot ajuta la diagnosticarea bolii celiace la pacienţii cu deficienţă de IgA, însă nu sînt necesari la cei cu producţie normală de IgA. Nu sînt specifici bolii celiace, deci nu este un test foarte precis.

Dacă aveţi motive să credeţi că suferiţi de boala celiacă în ciuda rezultatului negativ la testul tTG-IgA sau dacă suspectaţi că aveţi o deficienţă selectivă de IgA, este bine să îi cereţi medicului o trimitere pentru teste adecvate acestor afecţiuni.

Testele specifice pentru IgE specifici alimentelor

Acestea pot fi descrise drept „teste pentru alergii clasice". Vi se va oferi un test screening pentru imunoglobulina E (IgE) la agenţi inhalanţi precum acarieni şi polen, împreună cu IgE la un număr limitat de alimente. Sînt aceleaşi teste sangvine pentru IgE pe care le folosesc medicii în diagnosticarea alergiilor alimentare IgE, deşi alimentele testate vin într-un set standard şi, spre deosebire de testele comandate de medic, s-ar putea să nu includă toate alimentele ce v-ar fi cauzat reacţia alergică.

Ele sînt teste valide în sine, dar nu infailibile – vă vor spune dacă aveţi IgE pentru acel alergen în sînge, dar aceasta nu înseamnă neapărat că aveţi şi simptome alergice cînd sînteţi expuşi la el (vezi pp. 55-56). Este de asemenea posibilă apariţia simptomelor fără ca IgE să fie depistat în sînge. Există multe alte puncte speciale vizavi de aceste teste, iar rezultatele ar trebui să fie interpretate de un expert (vezi p. 51). Sfatul nostru este să folosiţi un test IgE efectuat de medic, dacă este posibil.

În cazul unor simptome specifice alergiilor alimentare IgE (vezi capitolele 4 şi 5) ca reacţie la un anumit aliment şi dacă s-au manifestat de mai multe ori şi de fiecare dată imediat după consumul alimentului respectiv, atunci testul IgE nu vă va spune mai multe decît ştiţi deja. Cel mai întemeiat motiv de a efectua un astfel de test este dacă aţi avut reacţii după ce aţi mîncat ceva şi nu ştiţi care ingredient este de vină.

Scanned with OKEN Scanner

Testele sangvine pentru IgG

Acestea sînt teste la care se face multă reclamă ca fiind „teste pentru intoleranţele alimentare". Se măsoară nivelul de IgG împotriva alimentelor individuale, pentru o mare varietate de alimente. Deoarece testele sînt atît de controversate, le vom prezenta în detaliu.

Testul acesta măsoară ceva real şi deci va da acelaşi rezultat la testarea a două mostre diferite de la aceeaşi persoană. Se pot aştepta rezultate consecvente de la acest test, ceea ce nu înseamnă că testul este relevant pentru intoleranţele alimentare sau că are valoare în diagnosticare.

Este important de reţinut că producerea de anticorpi IgG împotriva alimentelor este o reacţie normală (spre deosebire de producerea de anticorpi IgE împotriva alimentelor), pe care o manifestă toţi indivizii, sănătoşi sau nu. În concluzie, ca argument în favoarea acestui test, persoanele care au o intoleranţă la un aliment produc *mai mulţi* anticorpi IgG decît un individ sănătos.

Întrebarea crucială este „Cu cît mai mult?". Pentru ca un test de intoleranţă alimentară bazat pe măsurarea nivelului de IgG să funcţioneze, ar trebui să existe o *diferenţă consecventă şi substanţială* între nivelurile manifestate de persoanele cu intoleranţă alimentară şi cele ale persoanelor sănătoase. Asta ar permite stabilirea unui *punct de separare* (vezi pp. 50-51). Nivelurile de IgG la un anumit aliment, la marea majoritate a oamenilor care îl tolerează, trebuie să se situeze *mai jos* de punctul de separare. Nivelul de IgG la majoritatea persoanelor cu intoleranţă trebuie să se situeze *deasupra* punctului de separare.

În lipsa unei distincţii clare, testul nu are valoare practică. Vom analiza dovezile oferite de teste şi vom vedea dacă ele sugerează existenţa unei astfel de distincţii.

Este de reţinut că distincţia trebuie să existe la *toate alimentele testate*, nu doar la unele dintre ele, pentru ca testul IgG (în forma în care este comercializat acum) să aibă valoare.

Ce factori produc variaţiile nivelului de IgG?

Atunci cînd nivelurile de IgG specifici alimentelor din sînge sînt studiate îndeaproape, observaţia cea mai obişnuită este că, dacă o persoană încetează să consume un anumit aliment, atunci nivelul de IgG corespunzător acelui aliment va scădea treptat. O altă impresie generală rezultată în urma cercetărilor este că nivelurile de IgG împotriva unui aliment au tendinţa de a fi mai ridicate atunci cînd acel aliment este consumat în mod regulat, în cantităţi mari şi (cel puţin în cazul copiilor mici) dacă a fost introdus în alimentaţie de la o vîrstă fragedă.

Un alt factor care produce variaţii ale nivelului de IgG este permeabilitatea mucoasei intestinale. Cu cît este mai permeabilă, cu atît mai multe proteine alimentare ajung în fluxul sangvin înainte de a fi descompuse. Proteinele alimentare intacte pot determina sistemul imunitar să producă anticorpi IgG împotriva lor. (Cu toate acestea, aceasta nu presupune automat că reacţia imunitară va fi dăunătoare. Anticorpii pot fi implicaţi doar în curăţarea fluxului sangvin de proteinele în cauză: ceea ce poate fi făcut de către sistemul imunitar fără a lansa un atac distrugător.)

Cercetările fundamentale asupra IgG specifici alimentelor

Cît de multe cercetări au fost efectuate asupra anticorpilor de tip IgG împotriva alimentelor? (Aceasta este o întrebare supusă unor dezbateri intense pe site-urile de pe internet care conţin discuţii pe tema testelor IgG şi lansată de programul BBC *Watchdog*.) Există peste 200 de

Scanned with OKEN Scanner

studii fundamentale pe tema anticorpilor IgG împotriva alimentelor (spre deosebire de infecţii), dar foarte puţine dintre ele sînt direct relevante pentru intoleranţa alimentară idiopatică la adulţi – afecţiunea căreia se adresează în principal testele comercializate. Vom analiza mai întîi cercetările fundamentale.

Numeroşi oameni de ştiinţă au studiat nivelurile de IgG împotriva laptelui, la bebeluşii cu sensibilitate la laptele de vacă, de exemplu. În cîteva dintre studii, se pare că există *un gen* de relaţie între nivelurile de IgG specifici laptelui şi simptomele provocate de consumul de lapte de vacă, dar în alte studii nu există nici un fel de legătură sau relaţia se modifică în timp. Uneori relaţia se întîlneşte numai la anumite tipuri de IgG (vezi caseta de mai jos). Tiparele reacţiilor de tip IgG la alimente sînt, evident, deosebit de complexe.

Alte studii ştiinţifice de bază creează aceeaşi impresie. Studiile axate pe IgG specifici alimentelor la copiii cu eczemă atopică, de exemplu, la pacienţi cu alergii alimentare de tip IgE sau la persoane predispuse la alergii au dus, toate, la rezultate complexe, contradictorii şi neconcludente.

Mulţi dintre cercetătorii implicaţi au sperat că vor găsi o modalitate de testare care să-i ajute pe medici să diagnosticheze sensibilităţile alimentare, mai ales la bebeluşii cu alergii alimentare non-IgE. Bebeluşii manifestă reacţii IgG crescute la alimente, aşa că ideea părea promiţătoare. Dar relaţiile dintre nivelurile de IgG şi sensibilităţile alimentare nu sînt clar delimitate la bebeluşi – şi nici la alt grup de vîrstă. Nici unul dintre studii nu a dus la un test adecvat de diagnosticare care să implice totalul de anticorpi IgG. La fel se întîmplă şi în cazul testelor pentru subtipurile individuale de IgG, cum ar fi IgG4 (vezi mai jos).

Tipurile diferite de IgG

Există cel puţin patru tipuri diferite (cunoscute ca *izotipuri* sau *subclase*) de IgG, numite IgG1, IgG2, IgG3 şi IgG4. Ele au roluri diferite în cadrul sistemului imunitar. Studiile detaliate, care analizează toate cele patru tipuri de IgG, arată că ele reacţionează în mod diferit la acelaşi aliment. Astfel, IgG4 la ouă ar putea creşte cînd ouăle sînt introduse în alimentaţia copilului, în timp ce IgG1 rămîne scăzut. În cazul altui aliment – laptele, de exemplu –, situaţia poate fi cu totul diferită, IgG1 şi IgG3 fiind la acelaşi nivel. Pentru a spori confuzia, studii diferite au dus la rezultate complet opuse.

Tipul de IgG care manifestă cele mai interesante reacţii la alimente este IgG4. Unele studii sugerează că ar putea contribui la simptomele alergiei alimentare IgE, dar alte studii sugerează contrariul, anume că ar putea face parte din efortul organismului de a controla reacţia de tip IgE.

Diferenţele substanţiale dintre reacţiile la alimente manifestate de tipurile de IgG sporesc neîncrederea faţă de testele IgG comerciale, care măsoară *totalul* de IgG.

S-a încercat măsurarea anticorpilor IgG4 la alimente, ca test de diagnosticare a SCI, de exemplu. Nu există însă dovezi că ar fi mai exact decît testul obişnuit (total) de IgG.

Studiile efectuate pe persoane cu intoleranţe alimentare

Studiile despre care am vorbit pînă acum nu sînt direct relevante pentru persoanele cu intoleranţă alimentară idiopatică sau cu sindromul de colon iritabil – genul de afecţiuni pentru care se promovează testele IgG. Vom analiza mai jos cele cîteva studii care au relevanţă directă. Ca şi pe parcursul întregii cărţi, vom numi intoleranţa alimentară idiopatică mai pe scurt, şi anume „intoleranţă alimentară".

Întrebarea-cheie la care orice studiu asupra testării IgG ar trebui să răspundă este următoarea: „Nivelurile ridicate de IgG împotriva unui aliment înseamnă că veţi avea simptome atunci cînd consumaţi acel aliment?". Există un singur studiu publicat despre care ştim că a abordat, într-adevăr, direct întrebarea legată de intoleranţa alimentară.

Scanned with OKEN Scanner

Acest studiu de mică anvergură a fost efectuat de Dr. Jay Portnoy, împreună cu colegii săi de la Spitalul Children's Mercy din Kansas City, SUA. Ei au măsurat nivelurile de IgG specifici alimentelor din sîngele pacienţilor cu intoleranţă alimentară şi au comparat rezultatele cu cele obţinute în urma testelor de provocare dublu-oarbe folosind aceeaşi paletă de alimente. S-au găsit foarte puţine puncte comune între rezultatele testelor IgG şi cele ale testelor de provocare alimentară. Studiul a fost efectuat la scară mică şi publicat doar sub forma unui raport succint. Ar fi de un real folos dacă s-ar repeta pe un număr mai mare de pacienţi. (Cîteva studii informale, la scară mică, au dat totuşi aceleaşi rezultate – vezi p. 241).

Alte studii de testare IgG nu abordează direct întrebarea centrală („Nivelurile ridicate de IgG împotriva unui aliment înseamnă că veţi avea simptome atunci cînd consumaţi acel aliment?"), ci adoptă o rută ocolitoare, prescriind diete bazate pe niveluri ridicate de IgG la un grup mare de pacienţi şi analizînd apoi progresele în ansamblu. Această abordare indirectă nu îşi găseşte rostul atîta vreme cît întrebarea de bază legată de nivelurile de IgG şi intoleranţele alimentare nu şi-a găsit încă un răspuns. Dacă răspunsul ar fi fost categoric afirmativ, genul acesta de abordare ar fi fost bun. Ţinînd cont de posibilitatea ca răspunsul să fie negativ (vezi studiul din Kansas City prezentat mai sus), orice rezultat obţinut în urma unor astfel de studii dietetice indirecte trebuie supuse îndoielii.

Încercarea care a beneficiat de cea mai mare publicitate a fost efectuată de cercetătorii de la Universitatea din Manchester, iar rezultatele s-au publicat în 2004. Cercetătorii au folosit nivelurile de IgG din sînge pentru a concepe diete-tratament pentru pacienţii cu sindromul de colon iritabil (SCI). Toţi au fost testaţi pentru IgG specifici alimentelor, iar alimentele care s-au situat deasupra punctului de separare (vezi p. 63) au fost considerate ca avînd rezultate pozitive. Pacienţii au fost împărţiţi în două grupuri. Cei din grupul de tratament activ au fost trecuţi la o dietă bazată pe rezutatele testelor IgG (au eliminat toate alimentele cu rezultat pozitiv), iar cei din grupul de control au fost supuşi unei diete simulate, care nu a exclus nici unul dintre alimentele pentru care aveau niveluri ridicate de IgG.

Ambele grupe au manifestat ameliorări – s-a presupus că s-a manifestat efectul placebo (vezi p. 227) la grupul cu dietă simulată. În medie, pacienţii din grupul de tratament activ au cunoscut progrese mai mari decît cei din grupul de control. S-a afirmat că astfel se validează testarea pentru IgG, însă mulţi medici nu sînt de acord, aşa cum arată scrisorile primite la redacţia jurnalului medical în urma publicării studiului (vezi p. 67). Pentru a înţelege de ce rezultatele nu sînt convingătoare, trebuie să analizăm dovezile în legătură cu SCI şi sensibilităţile alimentare obţinute pe alte căi: dovezi care pot arăta cîţi pacienţi cu SCI suferă probabil de sensibilitate alimentară, cît de mult se va îmbunătăţi starea lor dacă alimentele incriminate sînt evitate şi cît de repede.

Dietele IgG pentru SCI vs dietele prin eliminare

Ştim că o bună dietă de diagnosticare prin eliminare (o dietă care elimină majoritatea alimentelor obişnuite la început, ca modalitate de a diagnostica intoleranţa alimentară) va putea identifica intoleranţa alimentară la cel puţin jumătate, probabil la două treimi din pacienţii cu SCI. S-au efectuat cîteva studii bine organizate care au dus la astfel de rezultate, cum se prezintă în capitolul 12.

Mai ştim că, dacă pacienţii reacţionează la dieta de eliminare, o vor face într-un mod prompt şi inconfundabil. În mai puţin de 7-10 zile de la începerea dietei (timp în care mănîncă o gamă limitată de alimente) se vor simţi mult mai bine. Apoi încep să testeze alimente consumîndu-le, unul cîte unul, pentru a vedea care dintre ele este responsabil pentru simptome. Cînd mănîncă un aliment incriminat, de regulă reacţia este foarte clară şi inconfundabilă şi include revenirea vechilor simptome.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă testarea pentru IgG le-ar putea oferi pacienţilor un rezultat la fel de bun ca acela obţinut în urma unei diete prin eliminare, atunci la ce ne-am putea aştepta de la o dietă bazată pe nivelurile de IgG? Ar fi de aşteptat ca 50-66% din grupul de tratament să se simtă mult mai bine în mai puţin de două săptămîni de la începerea dietei.

Rezultatul real descris de experimentul de la Universitatea din Manchester nu este nici pe departe asemănător. Pacienţii au avut nevoie de cîteva luni pentru a se simţi mai bine, iar majoritatea dintre ei nu au cunoscut o ameliorare substanţială. Numărul celor a căror stare era „mult mai bună" a însumat doar 11% – cam unul din zece, spre deosebire de rezultatul de 50-66% obţinut cu dieta prin eliminare.

În cadrul publicităţii făcute acestui experiment, s-a menţionat uneori procentul de 40% de pacienţi care s-au simţit mai bine, bazat însă pe presupunerea că mulţi dintre cei care nu au urmat strict dieta s-ar fi simţit mai bine dacă o urmau întocmai timp de 12 săptămîni.

Nu se poate face o asemenea presupunere. Este mai probabil că persoanele care au renunţat la dietă au făcut asta din cauză că nu au văzut nici o îmbunătăţire în prima sau a doua săptămînă şi au considerat că nu are rost să mai continue. De fapt, chiar procedura ştiinţifică corectă pretinde formularea unei asemenea presupuneri – că pacienţii care au renunţat nu au beneficiat de pe urma tratamentului. Aşadar 40% nu este o cifră realistă pentru numărul celor cărora dieta le-a fost de ajutor. (Nimeni nu ar fi de acord că un nou medicament este eficient dacă studiile care îl susţin ar face asemenea asumpţii.)

Mai există şi o altă discrepanţă uriaşă: *toţi* cei care au fost testaţi pentru anticorpi IgG din acest studiu au avut reacţii pozitive. În studiile asupra dietelor de aliminare adecvate, cam o treime din pacienţii cu SCI se dovedesc a nu avea deloc intoleranţă alimentară. Deci, o dietă bazată pe IgG ar fi o pierdere de timp pentru ei.

Un mod de a evalua şi a compara tratamentele este calcularea „numărului necesar de tratat", adică numărul de oameni care trebuie trataţi pentru a ameliora sănătatea unuia singur.

În diferitele experimente folosind o dietă adecvată de diagnosticare prin eliminare, „numărul necesar de tratat" a fost între 1,5 şi 2,2 oameni. (Vom folosi cifra 2 în calculele care urmează.)

În materialele promoţionale bazate pe studiul de testare IgG de la Manchester s-a spus iniţial că „numărul necesar de tratat" a fost de 3-4 oameni, dar asta se baza pe presupunerile în legătură cu cei care nu au armat dieta pînă la capăt: că s-ar fi simţit mai bine dacă nu ar fi renunţat. Aşa cum am explicat mai sus, nu se poate presupune asta. „Numărul necesar de tratat", bazat pe întregul grup, a fost de nouă oameni.

În termeni practici, aceasta înseamnă că, dacă 90 de pacienţi cu SCI sînt diagnosticaţi cu ajutorul unei diete prin eliminare drastică, cel puţin 45 dintre ei se pot aştepta să se simtă mult mai bine şi să identifice dieta cu care să-şi menţină rezultatele. (Iar 30 vor afla că nu suferă de intoleranţă alimentară.)

Dacă 90 de oameni sînt diagnosticaţi prin testarea de IgG, 10 dintre ei se pot aştepta să se simtă mult mai bine. Rămîn mai bine de 35 de oameni care s-ar putea să-şi fi îmbunătăţit starea de sănătate, dar au în continuare SCI. Unii dintre ei s-ar putea simţi mai bine decît înainte, deoarece evită unele, deşi nu toate, alimente-problemă, dar nu ştiu ce să facă pentru a nu mai avea nici o problemă. Ar putea trece acum la o dietă prin eliminare, însă ar fi putut face asta de la bun început şi ar fi putut fi scutiţi de costul substanţial al testului. (Vor mai fi 30 de oameni care urmează o dietă ce nu le este de folos în realitate, deoarece nu au nici o sensibilitate alimentară.)

Numărul alimentelor ce trebuie evitate este şi el un motiv de îngrijorare. Cînd primesc rezultatele testării IgG, mulţi se trezesc cu o listă destul de lungă de alimente care trebuie evitate. Chiar şi norocoşii care reuşesc să se facă bine urmînd o dietă bazată pe IgG vor fi nevoiţi să renunţe la 15 ingrediente diferite, ceea ce face viaţa deosebit de dificilă.

Scanned with OKEN Scanner

Într-o dietă prin eliminare, comparînd, numărul de alimente-problemă identificate este mai mic de 5 pentru 60% dintre pacienţii care află că suferă de intoleranţă alimentară şi mai mic de 10 pentru peste 90% dintre ei.

Explicarea rezultatelor dietelor bazate pe IgG

Cum se pot obţine ameliorări dacă testul IgG nu este un test pentru intoleranţa alimentară în SCI? Cu siguranţă trebuie să existe o explicaţie.

Ştim deja, datorită mai multor studii (vezi pp. 63-64), că IgG manifestă, în general, niveluri ridicate la alimentele consumate în mod regulat şi în cantităţi mari. Nu este, prin urmare, deloc surprinzător că multe persoane au niveluri ridicate de IgG la grîu şi/sau lapte, elemente de bază ale dietei occidentale. Deoarece dietele simulate (vezi mai sus) erau alcătuite pe baza alimentelor care *nu aveau* rezultate pozitive la testul IgG, foarte puţine dintre ele excludeau laptele sau grîul, pe cînd o mare parte din dietele bazate pe testul IgG *exclud* laptele şi grîul.

Laptele şi grîul sînt, în acelaşi timp, cauze foarte comune ale sensibilităţii/intoleranţei alimentare: sînt adesea vinovaţii în cazul SCI.

Dacă ar fi să luăm două grupuri de oameni pentru care să alcătuim diete (care să nu se bazeze pe nici un fel de test) şi să ne asigurăm că mulţi indivizi din grupul 1 evită laptele şi grîul, în timp ce puţini din grupul 2 le evită, putem fi siguri că mai mulţi indivizi din grupul 1 se vor simţi mai bine.

Cu alte cuvinte, ar putea exista o *suprapunere parţială* între alimente care cauzează intoleranţă alimentară şi alimente care prezintă niveluri ridicate de IgG, însă nu există o potrivire exactă şi asta nu înseamnă că anticorpii IgG sînt implicaţi în provocarea de intoleranţe alimentare. Potrivirea dintre cei doi factori cu siguranţă nu este îndeajuns de exactă pentru pentru a face testarea pentru IgG realmente utilă în identificarea intoleranţelor alimentare specifice.

Aşa cum prof. John Hunter de la Spitalul Addenbrooke din Cambridge, un bine cunoscut expert în ceea ce priveşte rolul intoleranţei alimentare în SCI, a remarcat într-o scrisoare despre acest experiment: „Aceleaşi fişe de dietă, distribuite aleatoriu pacienţilor, indiferent de nivelul lor de IgG, ar fi dus probabil la acelaşi rezultat de ansamblu". Prof. Hunter a făcut parte dintre experţii din domeniul medical care au scris jurnalului în care a fost publicat experimentul, indicînd numeroasele greşeli din conceperea lui. (Puteţi citi toate scrisorile şi răspunsurile la http://gut.bmj.com/cgi/eletters/53/10/1459.)

Două alte experimente care susţin testarea IgG au urmat acelaşi gen de procedură ca şi experimentul de la Universitatea din Manchester şi au, deci, aceleaşi neajunsuri. Unul dintre ele a testat IgG4, în loc de totalul de IgG. Nici unul dintre ele nu a inclus un grup de control sau testări de provocare alimentară dublu-oarbe cu grup de control placebo.

În ansamblu, deci, există prea puţine dovezi care să sugereze că testarea IgG are vreo valoare în SCI. A extrapola de la cercetările limitate asupra SCI şi a le aplica la intoleranţele alimentare *în general*, apoi a susţine că astfel a fost validată testarea IgG pentru intoleranţele alimentare înseamnă a face nişte salturi uriaşe, deloc justificate.

Acestea sînt motivele pentru care medicii şi nutriţioniştii specializaţi în tratarea intoleranţelor alimentare, care ar fi deosebit de încîntaţi să aibă la dispoziţie un test simplu şi de încredere, nu folosesc testele pentru anticorpi IgG.

Scanned with OKEN Scanner

Există „intoleranţă alimentară mediată de anticorpii IgG"?

Este posibil ca, la un număr mic de indivizi, nivelurile ridicate de IgG la un anumit aliment să fie implicate în producerea simptomelor de intoleranţă alimentară idiopatică – sau să fie produse ca o consecinţă a unei alte reacţii imunitare la acel aliment. Situaţia este însă improbabilă pentru *majoritatea* pacienţilor cu SCI – sau orice altă formă de intoleranţă alimentară idiopatică.

Termenul „intoleranţă alimentară mediată de anticorpii IgG", pe care l-aţi întîlnit probabil în materiale publicitare, este deosebit de înşelător din acest punct de vedere. Această descriere nu este folosită în materialele ştiinţifice despre IgG şi intoleranţele alimentare deoarece nu există dovezi că anticorpii IgG cauzează simptomele de intoleranţă alimentară.

Testele de coprocultură

Testele de coprocultură pentru boala celiacă

Testele pentru anticorpi la gliadină (proteină din grîu) în scaun (fecale) sînt comercializate în SUA şi Germania, dar nu şi în Marea Britanie în prezent. Afirmaţia că sînt „mai sensibile" decît testele sangvine nu se bazează pe nici un fel de dovezi obiective. Măsurarea acestui tip de anticorpi în duoden (prima parte a intestinului subţire) – un test foarte dificil de efectuat – este o metodă de cercetare utilă şi sensibilă. Pe asta îşi bazează afirmaţiile producătorii testului de coprocultură. Însă un număr prea mic din anticorpii prezenţi în duoden supravieţuiesc intacţi călătoriei de-a lungul intestinelor, pentru a putea fi măsuraţi în scaun.

Testele de coprocultură pentru sănătatea digestivă generală

Unele teste de acest fel se găsesc de cumpărat. Ele pot fi utile în detectarea unor probleme majore de digestie sau a dezechilibrelor florei intestinale, dar nu dezvăluie nimic legat de sensibilităţile alimentare.

Alte tipuri de teste

Toate celelalte teste sînt promovate pentru diagnosticarea intoleranţei alimentare sau a „alergiilor alimentare", termen folosit deosebit de lejer, cu sensul fie de intoleranţă alimentară, fie orice fel de sensibilitate alimentară, inclusiv alergiile de tip IgE.

O dietă de diagnosticare prin eliminare (vezi capitolul 14) poate diagnostica intoleranţa alimentară cu precizie, însă nu este o metodă facilă, iar medicii caută de mulţi ani, fără succes însă, o modalitate mai simplă.

Pe măsură ce practicanţii medicinei alternative s-au implicat în acest domeniu, ei au considerat dieta de eliminare prea dificilă şi de lungă durată, de aceea au căutat teste de diagnosticare mai uşor de efectuat. Unele dintre ele, cum ar fi testul pulsului şi testul citotoxic, se bazează pe metode concepute iniţial de medici, însă considerate a fi lipsite de precizie.

Unele metode de testare includ folosirea de dispozitive electrice, altele se bazează pe testarea pulsului, în timp ce altele necesită mostre de păr sau de sînge. Cele mai ezoterice

Scanned with OKEN Scanner

se bazează pe pendule sau cristale. Simplu fapt că există atît de multe teste ar trebui să scoată în evidenţă adevăratul miez al problemei. Există o *cerere* din partea populaţiei de teste rapide şi facile şi – ca răspuns la acea cerere – şi-au făcut apariţia tot felul de teste diferite, dar ineficiente. Persoanele care administrează testele pot avea cele mai bune intenţii şi convingerea că ele funcţionează, deoarece au uneori succes – nici nu este atît de greu să ai succes atîta vreme cît le recomanzi aproape tuturor pacienţilor să elimine laptele şi grîul, două dintre cele mai incriminate alimente în ce priveşte intoleranţele alimentare în ansamblu. Majoritatea ofertanţilor de teste fac asta.

Unele dintre testele alternative au fost evaluate obiectiv, iar mai jos vom rezuma dovezile disponibile în legătură cu ele, astfel încît să puteţi alege în cunoştinţă de cauză.

Analiza firului de păr

Analiza firului de păr pentru depistarea metalelor toxice este o procedură validă şi respectabilă. Firul de păr e alcătuit dintr-o proteină, keratina, iar atunci cînd există un nivel crescut de metale toxice în organism, o parte din ele sînt depuse în firele de păr, pe măsură ce acestea cresc. Părul mai poate fi analizat pentru a i se determina conţinutul de minerale, ceea ce poate fi de folos în a arăta dacă organismul are o deficienţă de anumite minerale, deşi acurateţea acestui test variază.

Folosirea părului în testele pentru alergiile alimentare este total diferită. Părul este un material inert, fără alte celule vii în afară de cele de la rădăcină, aşa că e greu de crezut că ne poate da indicii despre procesele dinamice care se desfăşoară în organism, cum ar fi reacţiile alergice. Un studiu efectuat de medicii de la Spitalul Guy din Londra, publicat în jurnalul medical *The Lancet* în 1987, a constat în trimiterea unor mostre de păr de la 18 persoane diferite la trei laboratoare care efectuau astfel de analize. Fiecare laborator a primit două mostre de la fiecare persoană, sub nume diferite. Nouă dintre persoanele testate aveau alergie IgE la peşte, cu simptome clare şi imediate la consumul de peşte, şi teste cutanate pozitive care confirmau diagnosticul. Ceilalţi nouă nu aveau nici o alergie cunoscută. Două dintre laboratoare nu au identificat alergia la peşte la nici unul dintre cei nouă pacienţi care manifestau această afecţiune. Unul dintre laboratoare a dat un rezultat pozitiv la peşte la ambele mostre de păr în cazul a doi dintre cei nouă pacienţi alergici la peşte, dar au dat aceleaşi rezultate şi pentru două dintre persoanele fără alergie.

Fiecare laborator, odată cu raportul asupra mostrelor primite sub nume diferite, dar provenind de la aceeaşi persoană, a oferit liste de alimente-problemă substanţial diferite. În plus, rezultatele au inclus un număr mare de presupuse alergii la indivizii care erau complet sănătoşi şi nu prezentau nici un semn de alergie sau alte sensibilităţi.

Testul citotoxic

Acesta implică recoltarea unei mostre de sînge, amestecarea ei cu un extract de aliment, apoi observarea efectului asupra celulelor imunitare din sînge. Teoria din spatele testului citotoxic presupune că, dacă un pacient este sensibil la un anumit aliment, celulele imunitare vor suferi modificări imediate, vizibile la microscop. În cazul reacţiilor severe, se spune că celulele inumitare se umflă şi se sparg (de aici termenul „citotoxic", care înseamnă intoxicarea celulelor). Testul acesta e înrudit cu testul de transformare/proliferare a limfocitelor (vezi p. 58), un test dificil şi costisitor folosit de medicina tradiţională pentru a studia sensibilitatea la medicamente şi alergiile alimentare non-IgE. Dacă ar funcţiona, testul citotoxic ar fi alternativa mai ieftină şi mai rapidă.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluările ştiinţifice ale testului citotoxic arată că extractele de alimente afectează uneori celulele imunitare şi pot produce modificări vizibile. În condiţii strict controlate, testul poate ajunge la o acurateţe de 70-80% în indicarea sensibilităţilor alimentare individuale. Dacă o astfel de exactitate ar putea fi garantată tot timpul, poate chiar îmbunătăţită, testul ar putea fi de valoare, însă testele comercializate în prezent nu au nici pe departe o asemenea acurateţe. Dau atît de multe rezultate greşite, încît au o valoare infimă. Evaluarea vizuală este extrem de subiectivă, iar rezultatele variază substanţial în funcţie de persoana care observă testul.

În cadrul unei investigaţii, s-au trimis mostre duplicat din acelaşi sînge la laboratoarele comerciale care oferă teste citotoxice. Neştiind că acestea proveneau de la aceeaşi persoană, laboratoarele au dat liste diferite de reacţii de sensibilitate alimentară pentru fiecare mostră în parte. În cazul altei anchete intens mediatizate în SUA, unei companii producătoare de teste citotoxice i s-au trimis două mostre de sînge, dintre care una provenea de la o vacă. Vacii i s-a recomandat să elimine anumite alimente, care includeau laptele şi brînza de vaci.

Testul ALCAT

Este un derivat al testului citotoxic în care se evaluează modificările volumului celulelor imunitare după ce au fost expuse la un aliment pentru o anumită perioadă de timp. Se consideră că volumul dă o măsură aproximativă a gradului de activare a celulelor imunitare. Măsurătorile modificărilor de volum sînt automatizate, şi nu făcute manual la microscop, ceea ce reprezintă un progres faţă de testul citotoxic. În condiţii strict controlate, testul ALCAT s-a arătat promiţător în diagnosticarea sensibilităţilor alimentare specifice la pacienţii cu sindromul de colon iritabil şi la alţi pacienţi cu simptome care s-ar putea datora intoleranţei alimentare. Cu toate acestea, există dificultăţi de natură practică în desfăşurarea testului. Investigaţiile efectuate asupra testului ALCAT au fost de mică anvergură, fiind necesare studii de specialitate mai importante.

Modificările pulsului

Aceasta este o metodă de diagnosticare concepută de un alergolog american, Dr. Arthur Coca, în anii '40. Conform Dr. Coca, pulsul creşte semnificativ după ce o persoană cu o sensibilitate alimentară consumă alimentul incriminat, acest lucru putînd fi folosit în diagnosticare. Majoritatea medicilor care au încercat-o spun că, deşi *există* uneori o creştere a pulsului, nu are valoare în diagnosticare – există numeroase rezultate negative false. Pulsul poate creşte din multe alte motive (cum ştim foarte bine din viaţa de zi cu zi), aşa că pot fi şi multe rezultate pozitive false. (Vezi p. 50 pentru înţelesul termenilor „rezultat pozitiv fals" şi „rezultat negativ fals".)

Testarea electrodermală sau Vegatest

Acesta este un sistem de testare care măsoară micile modoficări de impedanţă electrică a pielii într-un punct de acupunctură, situat de obicei pe un deget de la picior. Persoana supusă testului ţine un electrod în mînă. Extracte din diferite alimente, conţinute în fiole de sticlă, se plasează, pe rînd, într-o parte a maşinii Vegatest numită fagure. Impedanţa pielii este măsurată pentru fiecare extract alimentar plasat.

Sistemul poate, cel puţin în teorie, să detecteze alergiile atît la alimente, cît şi la alergeni transmişi pe calea aerului.

Capacităţile sistemului au fost evaluate atent de o echipă de cercetători de la Centrul pentru Studii de Medicină Complementară şi de la Universitatea din Southampton, folosind

Scanned with OKEN Scanner

un grup de 30 de persoane care fuseseră deja testate cutanat pentru reacţii alergice la acarieni şi păr de pisică. Jumătate dintre ei avuseseră rezultat cutanat pozitiv la unul sau ambii alergeni, iar jumătate nici o reacţie alergică.

Patru operatori experimentaţi ai tehnologiei Vegatest, fiecare folosindu-şi propria maşină, i-au putut testa în mod repetat, folosind alergen de acarieni, de păr de pisică sau apă curată în fiola de sticlă. Fiolele fuseseră etichetate în prealabil cu coduri numerice reprezentînd conţinutul, pe care însă practicienii Vegatest nu îl ştiau. Fiecare persoană a fost testată de trei ori, de către trei operatori Vegatest diferiţi. Ei au aplicat, de asemenea, fiecărei persoane în parte un test standard folosit pentru a cataloga pacienţii ca „alergici" sau „non-alergici". Operatorii au fost de acord să ia parte la studiu deoarece condiţiile erau corecte faţă de ei şi erau convinşi că testul va funcţiona. De fapt, studiul era organizat şi condus de Dr. George Lewith, el însuşi un adept al Vegatest.

În realitate, rezultatele oferite de Vegatest nu au arătat nici o relaţie cu ceea ce se ştia deja despre tendinţele alergologice ale pacienţilor sau reacţiile lor particulare la părul de pisică sau acarieni. Nici unul dintre operatorii Vegatest nu a dat dovadă de o acurateţe mai mare decît ceilalţi. Nu există motive să credem că testul ar avea rezultate mai bine cu alergeni alimentari sau în cazul pacienţilor care suferă de intoleranţă alimentară.

Testele derivate din chineziologia aplicată

Aceste teste măsoară modificările forţei musculare înregistrate la un braţ, în timp ce pacientul ţine în cealaltă mînă un recipient din sticlă ce conţine un extract alimentar. Un alt termen folosit este „testarea reacţiilor musculare". Într-un studiu restrîns al acestei tehnici, i s-au dat unui practician de chineziologie seturi de soluţii de extracte alimentare în sticluţe, etichetate cu numele alimentelor, şi un alt set de 12 sticluţe etichetate cu coduri. Setul conţinea şase alimente diferite, cu cîte două mostre din fiecare. De fiecare dată cînd practicianul obţinea rezultate pozitive la un pacient (pacienţii nu fuseseră selectaţi dinainte şi nu aveau sensibilităţi alimentare cunoscute, ci erau pacienţi care veneau în mod obişnuit pentru teste) s-a testat şi setul de 12 sticluţe etichetate cu coduri. Apoi s-au analizat toate rezultatele pentru analiza concordanţei.

Din 20 de oameni, şase au avut iniţial rezultate pozitive la lapte, atunci cînd practicianul şi pacientul cunoşteau identitatea alimentului (e o parte standard a testului – testerul anunţă ce se testează). Cînd s-au folosit sticluţele codate (test orb, deoarece testerul nu ştia ce conţin), cinci persoane nu au dat rezultat pozitiv la nici una dintre mostrele de lapte, iar a şasea a avut rezultat pozitiv la una dintre mostre şi negativ la cealaltă. Dintre cei 14 pacienţi cu reacţie negativă la lapte din prima testare, patru au avut reacţii pozitive la testarea oarbă. Procentual, au fost mai multe reacţii pozitive la acest grup decît la cei care au avut rezultate pozitive la prima testare.

Analizînd alimentele testate, rezultatele la testul orb nu au arătat nici o relaţie cu cele din testarea deschisă, ceea ce sugerează că reacţiile la test s-ar putea datora sugestiilor (probabil neintenţionat furnizate) ale testerului. Reacţiile nu s-au potrivit cu conţinutul sticluţelor.

Alte teste bazate pe fluxurile de energie

Alte teste de diagnosticare disponibile le includ pe cele care folosesc penduluri sau baghete energetice pentru a testa pacienţii şi cele care folosesc cutii radionice, „cutii energetice", sau alte instrumente. Ca şi dispozitivele Vegatest, majoritatea acestor teste se bazează pe cîmpuri de energie, „energii subtile" sau fluxuri de energie din interiorul şi din jurul corpului uman, considerate a fi tulburate în cazul bolilor.

Scanned with OKEN Scanner

Chiar dacă astfel de cîmpuri sau fluxuri de energie *există,* logica din spatele testelor nu stă în picioare. Fiecare terapeut utilizează propriile versiuni ale testelor, de aceea sînt greu de generalizat. Cu toate acestea, mulţi dintre ei susţin că pot identifica alimentele-problemă pur şi simplu aplicînd metoda lor de testare la corpul pacientului sau pe o mostră de sînge ori de păr. Cu alte cuvinte, afirmă că „dereglările" de energie sînt atît de specifice, încît pot arăta cu precizie care alimente cauzează boala. Practicanţii acestor teste cred că dereglările cîmpurilor energetice sînt cele care cauzează simptomele fizice. Însă se ştie foarte bine că, în cazul intoleranţelor alimentare, nu există nici un fel de relaţie între simptomele fizice suferite de pacient şi tipurile de alimente la care este sensibil. Dacă simptomele fizice nu au legătură cu tipul de aliment, atunci cum pot modificările cîmpurilor energetice (presupuse a cauza simptomele) să fie atît de specifice alimentelor?

Natura implauzibilă a raţionamentelor din spatele acestor teste devine şi mai evidentă atunci cînd ne uităm mai atent la ce fac, de fapt, unii practicieni. Unii dintre ei afirmă că pacientul nici nu trebuie să se afle în preajma lor atunci cînd pun diagnosticul – pot ajunge la miezul problemei doar balansînd un pendul deasupra unei liste de alimente, în timp ce se gîndesc la pacient. Nu are importanţă dacă practicianul şi pacientul nu s-au întîlnit niciodată.

Desigur, dacă credeţi în acest tip de medicină, lipsa oricărei logici nu vă va clinti opinia. Dar sînt extrem de multe persoane care apelează la astfel de terapeuţi pur şi simplu pentru că sînt bolnavi şi disperaţi să afle cauza bolii de care suferă. Astfel de metode pot părea scurtături atractive către un leac, dar în realitate au cele mai puţine şanse de reuşită. Oricine crede că ar putea suferi de o sensibilitate alimentară mai bine şi-ar investi timpul şi energia într-o dietă prin eliminare – are mult mai multe şanse să fie utilă şi va fi mult mai puţin costisitoare.

„Dar prietenului meu i-a fost de ajutor..."

Terapeuţii care se folosesc de asemenea tehnici nu ar avea profit dacă nu s-ar bucura şi de succes, desigur, şi s-ar putea să întîlniţi oameni care sînt convinşi că s-au vindecat prin astfel de metode. Asta nu dovedeşte însă aproape nimic. Avînd în vedere că cele mai obişnuite surse ale intoleranţei alimentare sînt laptele şi grîul, terapeuţii în cauză pot ajunge la o rată de succes rezonabilă diagnosticînd sensibilităţi la aceste două alimente la o mare parte dintre pacienţi. Dacă adaugă ouăle, portocalele, ciocolata, ceaiul şi cafeaua pe listă, pot avea succes în 50% dintre cazuri sau chiar mai multe. Dar alţi pacienţi nu vor primi nici un fel de ajutor sau se vor simţi doar parţial mai bine, cînd ar putea fi complet vindecaţi dacă şi-ar identifica toate alimentele incriminate. Şi chiar cei care se simt cu adevărat mai bine nu primesc cele mai bune servicii cu putinţă – aproape sigur vor evita mai multe alimente decît este nevoie.

Lăsînd la o parte dificultăţile şi schimbările sociale cauzate, aceşti oameni s-ar putea să aibă o dietă inadecvată. Oricine elimină anumite alimente în lipsa unor recomandări medicale se supune acestui risc, de aceea vă recomandăm să vă consultaţi medicul înainte de a trece la o dietă prin eliminare şi să ţineţi legătura cu medicul sau cu nutriţionistul, pentru a vă asigura că dieta este adecvată.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 4

Alergiile alimentare de tip IgE

În zilele noastre, datorită mediatizării excesive a cazurilor de moarte subită cauzată de alergia la alune, aproape oricine ştie cît de alarmantă şi periculoasă poate fi alergia alimentară de tip IgE. Aceasta le este de folos persoanelor a căror viaţă este în pericol, deoarece acum le este mai uşor să-i facă pe chelneri şi bucătari – persoane cruciale pentru siguranţa lor – să înţeleagă cît de importante sînt întrebările legate de ingrediente. Pe de altă parte, publicitatea nu este atît de utilă, întrucît a dat de înţeles că doar alergiile la alune sînt atît de periculoase. În timp ce nucile în general, în special alunele, sînt cei mai comuni vinovaţi în alergiile alimentare severe de tip IgE (genul de alergii care provoacă reacţia potenţial fatală cunoscută ca *anafilaxie*), acelaşi tip de reacţii se poate manifesta şi datorită multor alte alimente.

Este o urgenţă?

În cazul în care căutaţi o listă a simptomelor alergiei alimentare IgE şi sfaturi despre cum să trataţi o urgenţă, mergeţi la pp. 80-83. În cazul în care un bebeluş are probleme de acest fel, vedeţi pp. 310-311.

Realitatea este că aproape *oricare* aliment are potenţialul de a sensibiliza pe cineva la un anumit moment. Pentru a da doar cîteva exemple, s-au raportat cazuri de anafilaxie datorită alergiei IgE la alimente improbabile precum ciupercile, cartofii (gătiţi), orezul, spanacul, litchi şi durian (fructe tropicale), hrişcă, piper negru, picioare de broască, miere şi ceai de muşeţel. Este adevărat că sînt cazuri rare (cel puţin în Europa, unde au avut loc). Alimentele întîlnite în rolul principal al alergiei IgE în partea noastră de lume sînt laptele, ouăle, peştele, fructele de mare, soia, susanul, alunele şi nucile. La copiii mici, alergiile la lapte şi ouă sînt cel mai des întîlnite. Ar fi utilă o mai bună informare a publicului despre alergiile alimentare şi riscurile pe care le prezintă acestea.

Un alt potenţial dezavantaj al pub'icităţii făcute alergiilor este că mulţi oameni – inclusiv pacienţii – presupun că o astfel de alergie trebuie să se manifeste întotdeauna ca o reacţie potenţial fatală. În cazul pacienţilor şi al părinţilor copiilor cu alergii alimentare IgE, este o sursă sporită de îngrijorare. De fapt, o mare parte din alergiile alimentare clasice cauzează simptome care, deşi neplăcute, dispar fără tratament şi fără a pune în vreun fel în pericol viaţa pacientului. (Aceasta nici nu ar trebui să vă determine să fiţi mai relaxaţi – o reacţie uşoară la un aliment poate fi urmată de una severă la viitoarea expunere la acelaşi aliment.) Vom analiza simptomele şi diferitele niveluri de reacţii mai detaliat ulterior.

Pe de altă parte, interesul manifestat de mass-media este îndreptăţit, deoarece reacţiile alergice severe devin din ce în ce mai des întîlnite în Marea Britanie. Un studiu în acest sens

a arătat că între anii 1995 şi 1999 cazurile de anafilaxie severă înregistrate de secţiile de urgenţe ale spitalelor au crescut într-o proporţie îngrijorătoare de 250%. Nu toate cazurile s-au datorat alimentelor, dar multe dintre ele le-au avut ca factor principal. Numărul de astfel de cazuri pare a fi în creştere.

În ceea ce priveşte protecţia dumneavoastră şi a copiilor dumneavoastră, cheia constă într-o bună informare şi un tratament adecvat. Prof. Jonathan Hourihane, un militant al îmbunătăţirii tratamentelor pentru alergii în Marea Britanie, subliniază că nu s-au înregistrat decese în Marea Britanie în rîndul pacienţilor care erau trataţi de un alergolog, în ciuda faptului că aceştia sînt pacienţii cei mai afectaţi de alergii alimentare clasice. Cum fără îndoială ştiţi deja, a te înscrie ca pacient la un alergolog nu este deloc uşor: asigurarea serviciilor alergologice de specialitate lasă încă mult de dorit. Dacă sînteţi în aşteptarea unei programări la un alergolog, atunci acest capitol împreună cu asistenţa suplimentară pe care o puteţi obţine (cum ar fi un control pentru astm efectuat de medicul de familie) vă vor oferi o protecţie extrem de valoroasă. Ignoranţa vă poate fi fatală.

Efectul gătitului asupra alergenilor din alimente

Aproape toţi alergenii sînt proteine, iar proteinele constau din catene foarte lungi care sînt apoi pliate, într-un anumit mod, pentru a forma o structură complexă. Încălzirea desface structura pliată sau o modifică substanţial.

Anticorpii IgE ai unui pacient s-ar putea să recunoască unele trăsături chimice distinctive de pe suprafaţa moleculei de proteină, dar numai cînd proteina este în forma sa pliată. În acest caz, deplierea proteinei (adică prepararea termică a alimentului) îi va înlătura potenţialul alergic respectivului pacient.

Povestea poate fi cu totul alta la alt pacient, cu alergie la acelaşi aliment. Anticorpii săi IgE s-ar putea să recunoască o altă trăsătură chimică a proteinei (un *epitop* diferit). Dacă epitopul este situat pe catena proteinei, va fi tot acolo cînd catena este depliată. Aşadar, prepararea termică nu va face alimentul sigur pentru consum.

Cînd e vorba de alergenul din ou, de exemplu, pacienţii variază. Unii copii reacţionează la orice urmă de ou în mîncare, oricît de bine gătită ar fi. Alţii reacţionează doar la oul crud sau gătit parţial (omletă), dar pot mînca prăjituri cu ou în aluat fără probleme. (Aceştia din urmă au, statistic, mai mari şanse de a scăpa de alergie odată cu vîrsta, pe cînd copiii care reacţionează chiar şi la oul bine gătit o vor avea toată viaţa.)

Prepararea termică poate face unele alimente şi *mai* alergenice. Poate expune epitopi iniţial ascunşi în interiorul structurii pliate sau poate crea noi trăsături chimice pe molecula de proteină, care să se comporte ca epitopii şi să provoace sistemul imunitar. De exemplu, există persoane care reacţionează doar la peştele gătit şi nu la cel crud. Prăjirea face alunele mai alergenice, ceea ce poate explica într-o anumită măsură epidemia de alergie la alune din ţările occidentale (vezi pp. 346-347).

Înţelegerea termenilor folosiţi

Cuvintele folosite în legătură cu acest tip de alergie alimentară pot crea confuzii. Caseta de faţă rezumă definiţiile folosite de noi pentru termeni – găsiţi mai multe detalii în text, pe măsură ce apar cuvintele respective.

Cea mai mare parte a acestui capitol este dedicată tipului de alergie alimentară IgE cunoscută, din motive istorice (vezi capitolul 1), ca *alergie alimentară clasică*. Ea este reacţia la un aliment în cadrul căreia anticorpii IgE şi mastocitele/bazofilele sînt principalii factori şi ale cărei simptome pot evolua în *anafilaxie*.

Nu toate alergiile alimentare clasice implică anafilaxia: la unii oameni se manifestă doar simptome în interiorul şi în jurul cavităţii bucale (*reacţie locală* sau *localizată*).

Scanned with OKEN Scanner

Caracteristica principală a anafilaxiei este o reacție *sistemică*, nu localizată: „sistemic" înseamnă că simptomele, cum ar fi urticaria, pot apărea oriunde pe corp (*urticarie generalizată*) deoarece alergenul sau mediatorii secretați de mastocite și bazofile sînt transportați prin intermediul fluxului sangvin. Anafilaxia mai este menționată și sub numele de *reacție anafilactică*.

Termenul anafilaxie este folosit în sensuri ușor diferite de diferiți medici. Noi îl folosim pentru toate reacțiile IgE sistemice, ușoare sau severe.

Folosim termenul *șoc anafilactic* pentru a descrie forma extremă de anafilaxie, care se manifestă prin leșin/pierderea cunoștinței ca urmare a unei căderi bruște de tensiune. (Veți întîlni adesea termenul anafilaxie folosit pentru a descrie *doar* starea de șoc anafilactic, în loc să includă și reacțiile mai puțin periculoase precum urticaria generalizată. Asigurați-vă întotdeauna că ați înțeles la ce se referă medicul cînd folosește acest termen.)

O *reacție localizată/locală* ce implică anticorpii IgE și mastocitele va afecta doar gura și buzele, de exemplu, atunci cînd alimentul ajunge în cavitatea bucală, doar tractul digestiv, dacă alimentul este înghițit, sau doar pielea mîinilor, dacă alimentul este numai atins. Reacțiile ușoare și temporare la nivelul cavității bucale, cum ar fi furnicăturile și mîncărimile, sînt cunoscute sub denumirea de *Sindrom alergic oral* și sînt prezentate în capitolul 5. Reacțiile cutanate ce apar la atingerea alimentelor se numesc *urticarie de contact*.

Urticaria de contact nu este considerată, în general, o alergie alimentară clasică, deși *este* o reacție ce implică anticorpii IgE și mastocitele. Este prezentată în ultima parte a acestui capitol.

Urticaria cronică se datorează, de regulă, unui set complex de reacții care variază foarte mult de la un pacient la altul. Ele implică mastocitele, dar nu neapărat și anticorpii IgE. Deși iritația cutanată arată la fel, este generată într-un mod cu totul diferit față de urticaria acută asociată cu alergia alimentară clasică. Urticaria cronică nu este o formă de alergie alimentară clasică, dar este prezentată la p. 80, împreună cu urticaria acută.

Variații regionale ale alergiilor alimentare

Listele de alimente care cauzează în mod obișnuit alergii alimentare IgE variază într-un mod interesant de la o țară la alta. Muștarul este un aliment frecvent incriminat în Franța, chiar și la copii. În Spania, alergiile severe la piersici sînt des întîlnite. Alergia la orez este mai comună în Asia decît în Europa.

Care sînt cauzele alergiei alimentare de tip IgE?

Această reacție specifică la alimente este produsă de o clasă de anticorpi numiți *imunoglobulină E* sau *IgE*. Producerea unor mari cantități de IgE împotriva antigenilor din alimente este o mare eroare și are loc din cauza unui defect al mecanismelor de control ale sistemului imunitar (vezi capitolul 2). IgE ar trebui produs doar împotriva anumitor feluri de intruși, așa cum este explicat mai jos.

Simptomele alergiei clasice IgE sînt provocate de anticorpii IgE specifici alimentelor, care acționează în tovărășie cu celulele imunitare cunoscute sub numele de mastocite și bazofile. Cele două tipuri de celule arată ușor diferit la microscop, dar, în timp ce bazofilele plutesc în sînge, mastocitele sînt încorporate în țesuturile solide ale corpului, cum ar fi pielea, mucoasa digestivă sau membranele din interiorul cavității bucale și ale căilor

Scanned with OKEN Scanner

respiratorii. Din punct de vedere al acţiunii în tovărăşia anticorpilor IgE, sînt similare. Mastocitele sînt mai bine cunoscute, aşa că vom ignora în mare parte bazofilele de aici înainte. Unde apar referiri la mastocite în restul capitolului, puteţi considera că bazofilele se manifestă similar.

O funcţie importantă a reacţiei IgE-mastocite este să apere organismul împotriva paraziţilor precum viermii şi teniile - mult mai mari decît viruşii şi bacteriile, pentru care organismul are strategii diferite de a-i extermina. La tropice, unde paraziţii sînt comuni, se pot găsi niveluri destul de ridicate de IgE la persoanele non-alergice. Climatul mai rece nu favorizează astfel de paraziţi, aşa că persoanele non-alergice din Marea Britanie au un nivel foarte scăzut de IgE.

Regiunile stem ale moleculelor de IgE se pot ataşa de mastocite. Cînd apare antigenul potrivit, siturile de legare antigenică ale moleculelor de IgE se vor lega de el, ceea ce va declanşa semnalul aşteptat de mastocite. Pachetele de mesageri chimici stocaţi în interiorul celulelor sînt brusc expulzate.

Una dintre principalele substanţe chimice eliberate este *histamina*. (De aici utilizarea medicamentelor care îi contracarează efectele - antihistaminice - în tratamentul alergiilor.) Pachetele de substanţe chimice din interiorul mastocitelor în repaus arată ca nişte granule minuscule la microscop, de aceea procesul de eliberare a lor se numeşte *degranulare*.

Histamina şi celelalte substanţe chimice eliberate de mastocite se numesc *mediatori*, deoarece ele convoacă sau „mediază" modificările în organism. Din fiecare mastocită care degranulează iese un cocteil puternic alcătuit din mai bine de zece substanţe mediatoare. Fiecare mediator are un anumit efect asupra organismului - unii fac vasele de sînge să se spargă, alţii le fac mai permeabile, ca sîngele să poată trece prin pereţi. Scurgerile de sînge provoacă inflamaţii şi umflături ale ţesuturilor.

Cîţiva mediatori ai mastocitelor provoacă contracţia *muşchilor netezi* - muşchii involuntari care operează în plămîni, stomac, intestine şi vezica urinară. Cînd aceşti muşchi se contractă brusc, aerul din bronhii este dat afară, iar fecalele sînt expulzate din intestin.

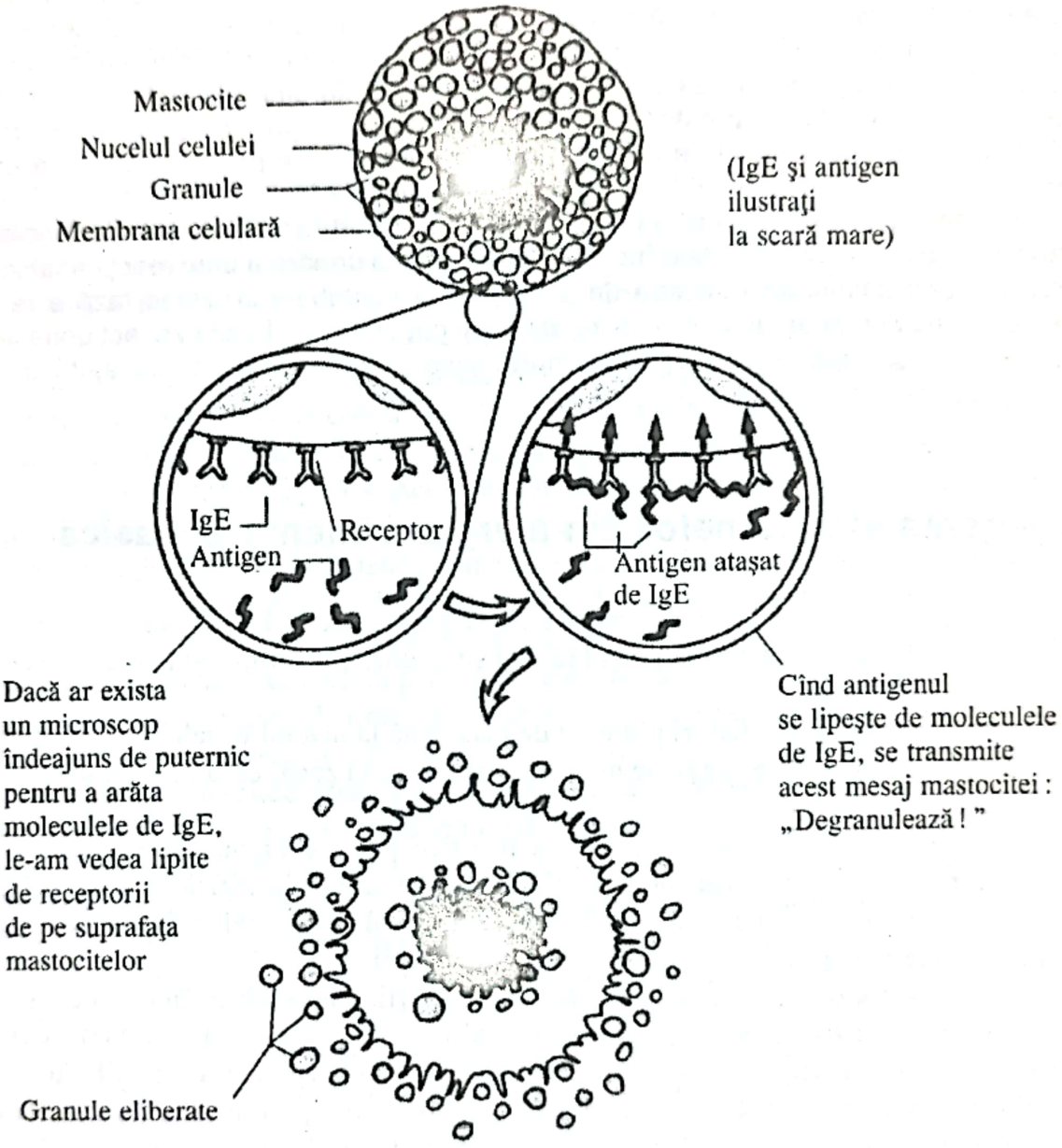
Efectul mediator al mastocitelor asupra intestinelor este ucigător pentru paraziţi. Ei pot fi direct afectaţi de mediatorii înşişi, care îi pot face să-şi slăbească strînsoarea, pentru ca apoi să fie asaltaţi de reacţia organismului la mediatori. Într-un caz fericit, diareea care urmează îi va evacua din organism.

Mărirea şi permeabilizarea vaselor sangvine produse de mediatori au ca urmare mutarea mai multor celule imunitare în ţesuturile afectate, iar reacţia este descrisă ca *inflamaţie*. Una dintre caracteristicile inflamaţiei este că atrage celulele defensive general utilizate, numite *fagocite*, la locul de desfăşurare a reacţiei. Un grup de fagocite, *macrofagele*, are rolul de a perpetua reacţia de inflamare. Ele produc o enzimă numită fosfolipază sau PLA. PLA taie anumite molecule de lipide - fosfolipidele - ce se găsesc în membranele tuturor celulelor. Fragmentele eliberate din fosfolipide de către PLA sînt preluate apoi de alte enzime, care le transformă în mediatori chimici puternici, numiţi *prostaglandine*. (Prostaglandinele fac parte, de altfel, dintre substanţele eliberate iniţial de mastocite.)

Există cel puţin 20 de tipuri diferite de prostaglandine, care au o varietate de efecte asupra organismului. Toate sînt implicate în controlul reacţiilor imunitare şi în special în reacţiile inflamatorii. Unele prostaglandine au efecte opuse asupra organismului şi lucrează împreună, una modificînd acţiunea celeilalte. Astfel pot regla cu mai mare fineţe reacţiile organismului la atacuri sau pericole.

Scanned with OKEN Scanner

Prostaglandinele produse ca urmare a reacţiilor mastocitelor sînt responsabile de menţinerea atacului împotriva parazitului invadator. Aşadar nu este o coincidenţă faptul că au un efect similar histaminei: provoacă contracţii ale muşchilor netezi şi promovează inflamaţia. (Ele produc *reacţiile din ultima fază* manifestate după anafilaxie la pacienţii alergici.)



Sînteţi îndreptăţit să întrebaţi: „Dacă am doar o infecţie parazitică, şi nu o alergie la alune, voi avea aceleaşi simptome severe atunci cînd sistemul meu imunitar trece la acţiune?". Răspunsul este „Probabil că nu". Cînd această formă de reacţie imunitară este îndreptată împotriva unui parazit, nu iese de sub control, încît să poată ucide individul!

Scanned with OKEN Scanner

Încă nu se cunoaşte de ce reacţia escaladează peste limitele normalului în cazul alergiilor anafilactice.

Mai multe despre prostaglandine – şi leucotrienele

Reacţiile mastocitelor nu sînt singura sursă de prostaglandine din organism, iar aceşti mesageri omniprezenţi joacă un rol şi în afecţiuni precum artrita reumatoidă. Prostaglandinele pot fi confecţionate de aproape *oricare* celulă a corpului. Într-adevăr, ele sînt produse în permanenţă şi de cele mai multe ori distruse înainte de a manifesta vreun efect (datorită unui mecanism de control comun tuturor organismelor vii). Efectul macrofagelor, atrase de mastocite în cazul alergiei IgE, este (printre altele) de a spori producţia de prostaglandine, astfel încît să depăşească ritmul în care sînt distruse. Alte cîteva tipuri de celule pot spori producţia de prostaglandine în acelaşi mod.

Organismul mai dispune şi de alt set de mediatori înrudiţi cu prostaglandinele – numiţi *leucotriene*. Mastocitele încep să le fabrice ca urmare a unei reacţii anafilactice. Au un efect inflamator deosebit de pronunţat şi contribuie la ultima fază a reacţiei. Există medicamente antialergice relativ noi capabile să blocheze acţiunea leucotrienelor (Accolate, Singulair). Sînt foarte utile pentru astm, dar nu ajută în cazul alergiilor clasice.

Înţelegerea simptomelor din alergia alimentară clasică

Secţiunea aceasta va face legătura între mecanismele din spatele alergiei alimentare clasice – informaţiile de bază despre mastocite şi IgE – şi simptomele manifestate în realitate de către pacienţi.

Histamina şi ceilalţi mediatori eliberaţi de mastocite la nivelul buzelor şi gurii provoacă scurgeri de fluide din vasele sangvine minuscule prezente în zonă, ceea ce duce la mîncărimi şi umflături – *edem*.

Acelaşi tip de efect se poate manifesta în orice parte a organismului, dacă nivelul histaminelor din sînge este ridicat. *Anafilaxia* este o reacţie alergică manifestată în tot corpul (reacţie sistemică) şi datorată mediatorilor de genul histaminei, eliberaţi de mastocite şi bazofile, care ajung în fluxul sangvin în cantităţi mari.

Aceasta produce o erupţie răspîndită de edeme şi urticarie (erupţii) în urma consumului unui aliment (*urticarie acută generalizată* – o formă blîndă de anafilaxie). Urticaria reprezintă efectele scurgerilor de la nivelul straturilor superficiale ale pielii, în timp ce edemul este rezultatul scurgerilor de la nivelul ţesuturilor din profunzime. Dificultatea de a respira şi a vorbi poate fi cauzată de inflamarea gîtului. Criza de astm este rezultatul acţiunii mediatorilor asupra muşchilor netezi din bronhii. Muşchii intră într-o serie de contracţii spasmodice în timpul anafilaxiei, în special dacă pacientul e deja astmatic, iar mucoasa căilor respiratorii este inflamată (datorită tratamentului inadecvat cu medicamente profilactice).

Forma mai severă de anafilaxie (şocul anafilactic) implică o doză masivă de histamină eliberată în sînge. Scurgerile de fluid din vasele sangvine se combină cu alt efect – vasele sangvine din întreg corpul se deschid extrem de mult –, ceea ce reduce brusc tensiunea. (Ca atunci cînd cineva dă drumul la un robinet de apă în bucătărie şi presiunea duşului scade brusc.) De aceea se produce şocul – ameţelile, leşinul şi pierderea cunoştinţei –: nu există suficient sînge care să alimenteze toate părţile corpului care au nevoie de el. Şocul poate fi fatal dacă nu se intervine prompt.

Scanned with OKEN Scanner

Ultima fază a reacţiei se poate transforma într-o a doua reacţie severă la multe ore după criza de anafilaxie – un pericol ce nu trebuie ignorat de unii pacienţi cu alergie alimentară IgE (vezi p. 82).

Cînd are loc sensibilizarea IgE?

Alergia alimentară IgE nu se poate produce fără *sensibilizare* – procesul prin care organismul începe să fabrice IgE împotriva unui antigen care ar trebui tolerat. Sensibilizarea apare din cauza unei defecţiuni în mecanismul cunoscut sub numele de *toleranţă orală* (vezi capitolul 2). Punctele de control – cele care trebuie să împiedice formarea de IgE împotriva antigenilor inofensivi – dau greş.

În majoritatea cazurilor, sensibilizarea are probabil loc atunci cînd alimentul este consumat pentru prima oară de către bebeluş. Nu este însă necesar ca simptomele să apară tot atunci. Mulţi bebeluşi ce provin din familii atopice au IgE specifici anumitor alimente, dar nu manifestă ceea ce medicii numesc o *reacţie clinică* – adică nu au simptome atunci cînd consumă alimentele în cauză sau cînd le ating. Sensibilizarea poate duce la simptome manifestate mai tîrziu sau poate să nu se transforme niciodată într-o reacţie clinică.

La un număr infim de bebeluşi, sensibilizarea se poate produce chiar înainte de naştere. Cîteva molecule din alimentele consumate de mamă ajung în fluxul ei sangvin şi apoi în cel al fătului. Ele pot provoca o reacţie imunitară din partea fătului, formîndu-se molecule de IgE împotriva alimentului respectiv. Acest fenomen a fost demonstrat prin analiza mostrelor de sînge recoltate din cordonul ombilical la naştere. În cazul celor mai mulţi dintre bebeluşi, nu există o reacţie clinică la aliment, doar sensibilizare. Există însă şi cazuri bine documentate de bebeluşi care au manifestat simptome la puţin timp după naştere (adesea ca reacţie la laptele de vacă), ceea ce dovedeşte că au fost sensibilizaţi înainte de naştere şi au ajuns la stadiul de reacţie clinică în primele zile de viaţă.

Pentru cei nesensibilizaţi înainte de naştere, primii ani ai copilăriei sînt o perioadă vulnerabilă. Înţărcarea joacă probabil un rol important: există dovezi ce sugerează că neintroducerea hranei solide prea devreme (nu înainte de vîrsta de 4 luni) şi continuarea alăptatului în timp ce alimentele solide se introduc treptat favorizează dezvoltarea toleranţei.

S-a acordat deosebit de multă atenţie modului în care copiii devin sensibili la nuci şi alune, situaţie prezentată mai detaliat la pp. 346-347. Absorbţia prin piele a unui alergen puternic precum cel din alune, atunci cînd nu este consumat ca aliment, poate ajuta sensibilizarea.

Care este explicaţia în cazurile adulţilor ce manifestă brusc o reacţie alergică la un aliment pe care l-au mai consumat şi înainte fără să aibă probleme? Cînd li se întîmplă pacienţilor cu alergie la polen, aceasta se datorează cel mai adesea unei reacţii încrucişate la polen, iar simptomele sînt destul de blînde (vezi capitolul 5).

În alte cazuri, în care se dezvoltă o alergie alimentară mai severă, este imposibil de a stabili ce s-a petrecut şi de ce s-a pierdut toleranţa imună la acel aliment. Din cauză că sînt atît de rare, astfel de cazuri sînt greu de studiat.

Există o anume situaţie în care pierderea toleranţei orale este de înţeles, şi anume cea care implică scoicile. Dacă o persoană a făcut o intoxicaţie alimentară din cauza bacteriilor din scoici, poate rămîne alergică la ele (şi, posibil, la alte fructe de mare din aceeaşi grupă – moluştele, de exemplu). Aceasta se întîmplă deoarece, în timpul confruntării dintre sistemul imunitar şi bacterii, antigenii din scoici se află în vecinătate şi sînt remarcaţi de celulele imunitare implicate. Sînt apoi identificaţi ca membri ai trupelor inamice, aşa că toleranţa orală manifestată de individ pînă în acel moment se pierde.

Scanned with OKEN Scanner

Urticaria acută şi urticaria cronică

Urticaria are aspectul unei zone cu pişcături de urzică – mici băşicuţe albicioase cu zone mari înroşite în jurul lor. Mîncărimile sînt intense. Este adesea însoţită de edem (umflătură).

Urticaria care se instalează rapid şi dispare de îndată ce contactul cu alergenul a luat sfîrşit se numeşte *urticarie acută*. Este frecvent asociată alergiei alimentare IgE, cu toate că poate avea şi alte cauze.

La unii oameni, urticaria este cauzată de frig sau căldură, de efort fizic, lumină, presiune, vibraţii sau chiar de contactul cu apa. Acestea se numesc *urticarii fizice*. În unele cazuri există şi o reacţie de sensibilitate la un aliment consumat frecvent, care se suprapune cu urticaria. Dacă alimentul incriminat este identificat cu ajutorul unei diete prin eliminare, atunci stimulul fizic – frigul, de exemplu – s-ar putea să nu mai provoace urticarie (vezi p. 98).

Iritaţia persistentă sau recurentă pe termen lung se numeşte *urticarie cronică*. Ea se datorează doar ocazional alergiilor alimentare. La pacienţii cu alergie la polenul de mesteacăn, consumul de alimente care au reacţii încrucişate cu polenul de mesteacăn (vezi capitolul 6) poate provoca uneori urticarie cronică. În unele cazuri, urticaria cronică se poate datora sensibilităţii la aditivi alimentari, alcool sau nichel în alimente, pentru cei alergici la nichel (vezi p. 168). Medicamentele, în special aspirina şi alte medicamente înrudite, sau histamina din alimente pot cauza de asemenea simptome (vezi pp. 165-166). Uneori urticaria cronică este un simptom timpuriu al bolii celiace (vezi capitolul 7). Există şi alte cauze posibile ale urticariei cronice. Multe cazuri inexplicabile se datorează unei infecţii nediagnosticate în organism, faţă de care se manifestă o reacţie imună dăunătoare ce implică mastocitele. Din păcate, părerea generală a comunităţii medicale este că nu există o cauză evidentă în majoritatea cazurilor de urticarie cronică. Medicii de la Universitatea din München au demonstrat că o cercetare atentă va dezvălui cauza pentru majoritatea cazurilor.

Simptomele alergiei alimentare clasice de tip IgE

Pentru bebeluşi, consultaţi lista de simptome de la pp. 310-311.

Această reacţie declanşată de regulă, dar nu întotdeauna, de un aliment începe cu o reacţie locală concentrată pe cavitatea bucală. Simptomele pot include:

- furnicături, mîncărimi şi umflare a buzelor, limbii şi gurii; copiii mici îşi vor scărpina limba, urechile sau gîtul;
- umflarea feţei; dificultăţi de înghiţire şi de respirare din cauza umflării gîtului.

Toate acestea sînt *reacţii locale*.

Cînd reacţia se răspîndeşte în restul corpului, prin intermediul fluxului sangvin (*reacţie sistemică* sau *anafilaxie*), atunci simptomele pot include:

- mîncărimi pe tot corpul;
- gust metalic în gură (foarte caracteristic);
- urticarie răspîndită, care afectează părţi ale corpului îndepărtate de gură şi care are aspectul unei iritaţii cauzate de urzici;
- iritaţie roşie răspîndită pe corp, iar nu urticarie;
- sufocare, înecare, respiraţie zgomotoasă sau îngreunată;
- tuse repetată, seacă sau „măgărească";

Scanned with OKEN Scanner

- răguşeală, dificultate de vorbire sau înghiţire ;
- declanşarea bruscă a umflării generalizate (edem) ;
- strănut sau nas înfundat ; ochii se pot înroşi şi pot manifesta mîncărimi ;
- senzaţie de căldură şi înroşirea feţei ;
- bătăi de inimă rapide şi neregulate ;
- confuzie şi anxietate ;
- sentimentul de pericol iminent (semn ciudat, dar caracteristic pentru anafilaxie) ;
- dureri de stomac, vomă ; ceea ce este eliminat conţine mari cantităţi de mucus vîscos ;
- diaree şi/sau golirea necontrolată a vezicii ;
- simptomele de mai sus sînt specifice unei reacţii sistemice *lipsite de pierderea cunoştinţei*, ceea ce numim *anafilaxie*. (Unii medici folosesc cuvintele cu sensuri diferite, vezi pp. 74-75)

Vezi tratamentul de urgenţă prezentat în paragrafele următoare

Uneori, chiar şi în cele mai severe şi periculoase reacţii, pot lipsi complet unele simptome caracteristice, cum ar fi urticaria.

Dacă reacţia evoluează în *şoc anafilactic*, se vor manifesta :

- ameţeală, slăbiciune ;
- leşin/pierderea cunoştinţei ;
- căderi cauzate de scăderea bruscă a tensiunii.

Pierderea cunoştinţei poate fi uneori primul simptom al şocului anafilactic – toate celelalte simptome din listele de mai sus pot fi absente.

Folosirea injectorului (seringii) cu adrenalină şi chemarea ambulanţei

Dacă aveţi Epipen sau Anapen, folosiţi-l imediat. Orice întîrziere măreşte riscul de deces. Injectaţi prin pantaloni sau alte haine. Adrenalina se injectează pe partea exterioară a coapsei superioare, intramuscular.

- Pentru *Epipen*, scoateţi capacul de siguranţă gri. Ţineţi dispozitivul la distanţă de coapsă (în unghi drept), cu capătul negru îndreptat către coapsă. Înfigeţi-l ferm în coapsă. Seringa funcţionează automat. Menţineţi-o în poziţie timp de 10 secunde.
- Pentru *Anapen*, îndepărtaţi capacele de siguranţă gri de la ambele capete. Ţineţi dispozitivul în dreptul coapsei. Butonul roşu trebuie să fie la capătul opus coapsei : apăsaţi butonul cu degetul mare. Îl veţi auzi declanşîndu-se. Menţineţi-l în poziţie timp de 10 secunde.

Al doilea injector (în caz că mai aveţi unul) poate fi folosit după 5-10 minute, dacă nu se vede nici o îmbunătăţire după prima injecţie. Pentru mai multe recomandări, vezi pp. 92-93.

Acum fie chemaţi o ambulanţă, fie mergeţi direct la spital dacă aceasta ar fi soluţia mai rapidă. În zone izolate, e mai bine să vă sunaţi medicul de familie. *Recomandări detaliate despre cum să obţineţi asistenţă medicală în acest stadiu veţi găsi la p. 85.*

Scanned with OKEN Scanner

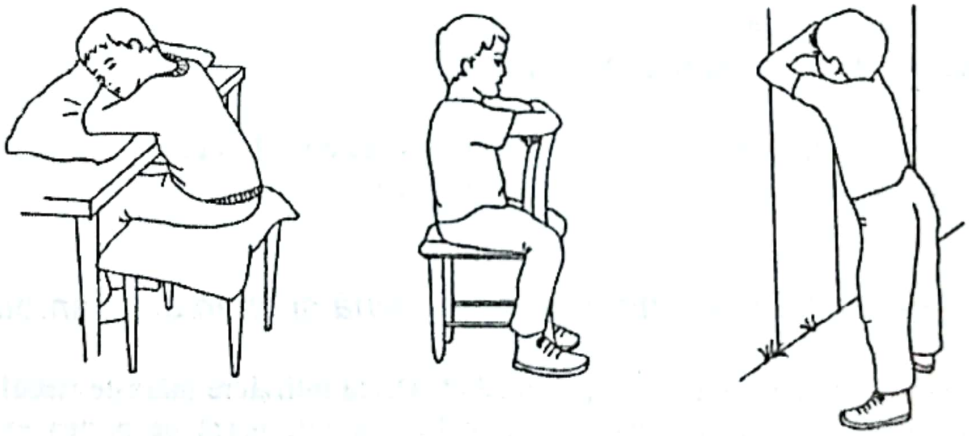
Primul ajutor în caz de anafilaxie

Persoana care suferă un şoc anafilactic (leşin/slăbiciune/ameţeală/prăbuşire) trebuie să stea întinsă, să nu încerce să se ridice şi să nu fie pusă să stea în şezut sau în picioare. Picioarele trebuie ridicate (pe o pernă, de exemplu), astfel încît să fie mai sus decît pieptul. În cazul unei scăderi drastice de tensiune, va ajuta la întoarcerea sîngelui în inimă şi la menţinerea circulaţiei. Adrenalina (injectată) nu poate fi de nici un ajutor dacă nu se poate răspîndi în corp, aşa că menţinerea circulaţiei este primul pas vital.

Dacă persoana are dificultăţi de respiraţie, e mai bine să stea în şezut. Atîta vreme cît nu e în stare de şoc, poziţia în şezut este cea mai indicată. Orice poziţie care menţine toracele ridicat (vezi mai jos) va ajuta la reducerea efortului necesar respiraţiei.

Umflarea severă a gurii şi/sau a gîtului poate duce la sufocare. La o persoană cu limba foarte umflată, care se învineţeşte sau îşi pierde cunoştinţa, încercaţi să menţineţi deschisă calea prin care trece aerul spre plămîni (traheea). Veţi avea nevoie de o lingură cu mînerul rotunjit. Împingeţi lingura uşor, deasupra limbii, înspre gît. Apoi apăsaţi limba în jos, ferm, dar cu blîndeţe, pentru a menţine calea aerului deschisă.

În caz de vomă sau diaree datorate anafilaxiei, pacientul nu trebuie să încuie uşa toaletei sau băii, în eventualitatea unui leşin.



Oricare dintre aceste poziţii va uşura respiraţia

Nu vă ridicaţi!

Importanţa poziţiei corpului în timpul şocului anafilactic a fost descoperită de Dr. Richard Pumphrey de la Spitalul St. Mary din Manchester, care a studiat decesele provocate de anafilaxie din Marea Britanie începând din 1992. El a descoperit că unii pacienţi au murit în primele secunde după ce s-au mişcat sau au fost mişcaţi într-o poziţie verticală. Două dintre decese s-au înregistrat la pacienţi cu alergie la nuci: nu şi-au pierdut cunoştinţa şi s-au străduit să se ridice în picioare după ce stătuseră în şezut sau întinşi.

Majoritatea cazurilor de şoc anafilactic se produc la persoanele cu alergie IgE la înţepăturile de insecte sau la antibiotice. Persoanele alergice la alimente sînt mai expuse la riscul de umflare a gîtului sau al unei crize de astm.

Scanned with OKEN Scanner

Atenție la ultima fază a reacției!

O reacţie alergică severă la un aliment poate fi urmată, la un interval de cîteva ore, de o a doua reacţie. Cunoscută ca *ultima fază a reacţiei*, ea începe la 4-12 ore după expunerea la alergen şi durează aproximativ 24 de ore. Intervalul dintre sfîrşitul primei faze a reacţiei şi începutul celei de-a doua faze este de 1-3 ore. În termeni practici, aceasta înseamnă că pacientul nu trebuie eliberat din spital prea curînd după ce a suferit o criză severă de anafilaxie. Trebuie să rămînă în spital cel puţin încă patru ore după ce simptomele iniţiale au încetat. Personalul spitalului ar trebui să ştie acest lucru, dar îl trec cu vederea uneori, atunci cînd au multe urgenţe de rezolvat. Unele persoane care au fost trimise acasă prea curînd au avut reacţii severe şi chiar fatale.

Ultima fază a reacţiei are loc deoarece mediatorii eliberaţi de mastocite activează mai multe tipuri de reacţii imunitare adiţionale. De exemplu, atrag şi activează alte celule imunitare, care încep să-şi transmită propriile mesaje chimice, care, la rîndul lor, declanşează alte reacţii. Toate acestea se acumulează în cele cîteva ore după criza iniţială.

Reacții întîrziate în alergia alimentară IgE

Nu toate reacțiile anafilactice apar imediat. Uneori poate dura o oră sau două să se dezvolte. Cel mai lung interval înregistrat (într-o reacție alergică alimentară dovedită) a fost de șase ore. De obicei, apar semne inițiale care indică faptul că e ceva în neregulă, cum ar fi mîncărimi sau umflături ale cavității bucale, greață și dureri de stomac. Dacă alimentul afectează gîtul, răguşeala sau senzația de „nod în gît" pot fi primele semnale.

Dacă acestea sînt urmate de senzații mai generalizate, cum ar fi mîncărimi pe tot corpul, strănuturi, scurgeri nazale, diaree şi slăbiciune, atunci s-ar putea dezvolta o reacție anafilactică severă. Alte simptome ciudate care acompaniază această etapă sînt senzația de căldură şi sentimentul că urmează să se întîmple ceva îngrozitor. Mai pot apărea incontinența, dezorientarea şi durerile abdominale.

Unele persoane care manifestă reacții întîrziate ar putea suferi doar vomă şi diaree la cîteva ore de la consumul alimentului incriminat. Gîtul se poate umfla în urma acceselor de vomă.

Dacă observați oricare dintre semnele descrise aici, *nu amînați ajutorul medical*. Mergeți la secția de urgențe dacă puteți şi faceți tot posibilul să fiți consultat cît mai repede – nu aşteptați cuminte să vă vină rîndul. Informați medicul în cazul în care luați medicamente corticosteroide.

După prima criză de alergie alimentară IgE – diagnostic şi tratament

Trebuie să mergeţi la medic după orice experienţă ce se aseamănă cu o alergie alimentară IgE – este necesar un diagnostic adecvat. Încercaţi să identificaţi alimentul vinovat şi cereţi-i medicului să vă facă un test cutanat pentru a vă confirma suspiciunile.

Scanned with OKEN Scanner

Teste pentru alergia alimentară IgE

Cum este de aşteptat, persoanele cu alergii alimentare clasice manifestă niveluri neobişnuit de ridicate de IgE specifici alimentului incriminat în sînge. Aceasta este baza testelor sangvine pentru alergia IgE (vezi capitolul 3). Dar există pacienţi ale căror *niveluri de IgE din ser* (ser înseamnă „sînge") sînt normale. În cazul lor, reacţia IgE împotriva alimentului este mai localizată, aşa că doar *testul cutanat* va fi pozitiv. Unele persoane au reacţii IgE atît de localizate, care se manifestă doar unde se produc simptomele – în stomac sau în intestine, de exemplu –, încît şi testul sangvin, şi cel cutanat vor fi negative. Astfel de cazuri sînt deosebit de rare, dar nu imposibile. Cu toate acestea, dacă toate testele sînt negative, medicul va avea motive să se îndoiască de autenticitatea reacţiei alergice la respectivul aliment.

Astfel de teste negative au apărut, în cîteva cazuri, deoarece individul reacţionează la un antigen care nu se găseşte în extractul alimentar utilizat. Puteţi cere ca testele să fie efectuate folosind alimentul în stare proaspătă (test de dublă înţepătură: vezi capitolul 3).

Pe de altă parte, există destul de mulţi oameni care au niveluri ridicate de IgE în ser împotriva unui aliment *şi* care au rezultat pozitiv la testul cutanat pentru acelaşi alergen din aliment, dar care nu manifestă nici un fel de simptome. Sistemul imunitar a găsit probabil o modalitate de a activa mecanismele de control care împiedică anticorpii IgE să-şi facă de cap. Unele studii au descoperit că jumătate dintre persoanele cu rezultat pozitiv la testul de alergie IgE la nuci pot, de fapt, să mănînce nuci fără să aibă vreun simptom.

Tratamentul alergiei alimentare clasice

În prezent, singurul tratament pentru alergia alimentară clasică este evitarea completă a alimentului incriminat. Este posibil ca în viitor să apară şi alte tratamente, dar mai este mult pînă atunci (vezi p. 97).

Aveţi mare grijă să evitaţi alimentul în viitor. Dacă îl consumaţi accidental şi vi se face rău, mergeţi la spital cît puteţi de repede pentru tratamentul de urgenţă. Nu acţionaţi în maniera „aştept, poate trece" – chemaţi o ambulanţă sau rugaţi pe cineva să vă ducă la spital.

Ce ne rezervă viitorul?

Oricine a avut o reacţie alergică alimentară (chiar şi una uşoară) în trecut trebuie să fie conştient că o viitoare expunere poate uneori duce la o reacţie mult mai intensă. Dacă vi s-au umflat tare limba şi buzele, dacă aţi avut dificultăţi în respiraţie sau urticarie pe arii întinse, atunci nu trebuie să mai consumaţi alimentul niciodată, sub nici o formă, în nici o cantitate, oricît de mică. Chiar şi o reacţie relativ minoră poate prevesti una extrem de serioasă, de aceea avertismentele sînt de o importanţă vitală. Dintre pacienţii care ajung la spital cu anafilaxie care le pune în pericol viaţa, 80% nu au mai avut o reacţie severă la alimentul respectiv.

Nu este cazul să vă alarmaţi prea tare, dar *la anumiţi indivizi*, progresul este destul de brusc – ar putea să manifeste doar reacţii cutanate după ce consumă alimentul incriminat la un moment dat şi o reacţie mult mai severă la un consum ulterior. (În general, severitatea variază şi nu întotdeauna în sensul negativ. Puteţi avea o reacţie gravă o dată şi una uşoară data următoare.)

Mai multe detalii despre cum să evitaţi alimentele alergenice sînt oferite mai tîrziu, în acest capitol.

Scanned with OKEN Scanner

În caz de anafilaxie

Informaţiile despre folosirea injectorului cu adrenalină se află la p. 81.

Este bine să aveţi un plan de acţiune stabilit în prealabil împreună cu medicul care să specifice clar ce aveţi de făcut într-o situaţie de urgenţă. Cartea de faţă oferă doar instrucţiuni cu caracter general.

Trebuie să ştiţi dinainte cum puteţi primi tratamentul de urgenţă în caz că aveţi nevoie de el. Cea mai bună alegere posibilă, presupunînd că serviciul de ambulanţă este de încredere şi că nu locuiţi într-o zonă extrem de izolată, este să chemaţi ambulanţa. La bordul ei vor fi disponibile adrenalina şi oxigenul (de care ar putea avea nevoie astmaticii), iar paramedicii vor şti ce trebuie să facă în caz de anafilaxie. În unele părţi ale ţării, unde cel mai apropiat spital sau serviciu de ambulanţe sînt la distanţe foarte mari, medicii de familie au rezerve de adrenalină şi chiar de oxigen pentru situaţii de urgenţă. Este bine să vă interesaţi din timp cum stau lucrurile în localitatea dumneavoastră şi ce crede medicul de familie că este cea mai bună opţiune. Şocul anafilactic sau anafilaxia la un astmatic pot ucide destul de rapid, aşa că, dacă ambulanţei îi trebuie mai mult de 15 minute să ajungă, ar fi mai bine să alegeţi altă soluţie. O posibilitate ar fi să mergeţi cu taxiul sau cu o maşină a serviciului SMURD din localitate pînă la cel mai apropiat spital (nu mai este necesar să precizăm că pacientul nu trebuie să conducă), însă discutaţi despre asta cu medicul dumneavoastră. Dacă aveţi un injector cu adrenalină, sau chiar două, tot trebuie să mergeţi la spital, dar aveţi mai mult timp la dispoziţie.

Persoanele care au alergie de tip imediat (IgE) la latex, ca şi la alimente, trebuie să se intereseze dacă serviciul local de ambulanţă foloseşte echipamente fără latex. Medicul de familie este în măsură să vă ajute în acest sens.

În general, şocul anafilactic este mult mai periculos. Însă oricine suferă de *astm* trebuie să ştie că pînă şi *anafilaxia obişnuită*, fără stare de şoc, poate fi foarte periculoasă, dacă inflamaţia căilor respiratorii nu este ţinută sub control. Asiguraţi-vă că faceţi tot posibilul să vă menţineţi căile respiratorii în formă (vezi p. 124).

Urticaria acută la copiii cu eczemă atopică

Urticaria acută este des întîlnită în special la copiii mici cu eczemă atopică. (Cu toate acestea, alimentele care provoacă crizele nu sînt responsabile, de regulă, de agravarea eczemei atopice – vezi capitolul 6.) Uneori, episoadele de urticarie acută sînt provocate de o infecţie, mai degrabă decît de un aliment. Studiile recente au demonstrat că atacurile de urticarie pot fi reduse drastic la copiii cu dermatită atopică, dacă se administrează antihistamicul cetirizină de două ori pe zi. Într-un studiu efectuat pe acest subiect, s-au înregistrat crize de urticarie acută la 16,2% dintre copiii cărora li s-a administrat placebo şi la doar 5,8% dintre cei trataţi cu cetirizină. Efectul protector al cetirizinei a încetat odată cu întreruperea tratamentului. Administrarea acestui medicament pe termen lung se pare că nu a fost asociată cu nici un efect secundar îngrijorător şi poate îmbunătăţi calitatea vieţii acestor copii.

Cum să facem faţă alergiei alimentare IgE pe termen lung

Este dificil să trăieşti cu o alergie alimentară IgE severă. În marea majoritate a cazurilor manifestate la adulţi, o alergie alimentară de acest tip este definitivă şi ireversibilă, iar indivizilor foarte sensibili le poate chiar pune viaţa în pericol. (Copiii pot scăpa de alergia alimentară IgE odată cu vîrsta, deşi nu toţi – vezi p. 332) Presupunînd că ştiţi la ce aliment(e) sînteţi

Scanned with OKEN Scanner

alergic, cea mai bună metodă este să le evitaţi cu sfinţenie. Este probabil înţelept să nu păstraţi acel(e) aliment(e) în casă, pentru a înlătura riscul de contaminare a altor alimente.

Unii copii alergici la alune sînt atît de sensibili la alergenii din alune, încît pot fi afectaţi (uşor) de moleculele de unt de arahide eliberate în aer în timp ce alţii îl consumă sau pur şi simplu de cele emanate dintr-un borcan de unt de arahide lăsat deschis. Doar trecînd cu maşina pe lîngă o fabrică de ambalat alune, acest fapt este suficient să le cauzeze senzaţia de sufocare şi lăcrimarea ochilor. Ocazional, pasagerii din avioane au fost afectaţi de alţii care desfăceau pachetele de alune în preajma lor, iar unele linii aeriene au eliminat alunele din meniul servit la bord. (Dacă este necesar, întrebaţi compania aeriană dacă au alune la bord: le-ar putea îndepărta dacă îi rugaţi.) Reacţiile de acest fel sînt alarmante, desigur, dar pun viaţa în pericol extrem de rar.

Un băiat a suferit un şoc anafilactic sever după ce o rudă care mîncase alune l-a sărutat – a fost aproape un sărut al morţii, însă avea la el un injector cu adrenalină şi o mamă care l-a folosit eficient şi fără ezitare.

Persoanele care suferă de alergii severe sau părinţii copiilor alergici la alimente trebuie să cunoască în amănunt felurile de mîncare sau alimentele procesate care conţin alimentul incriminat. Lista din anexa 2 poate fi de folos ca punct de plecare: o puteţi fotocopia, adăugînd propriile descoperiri de mîncăruri cu risc potenţial. Campania de educare pentru Anafilaxie (vezi p. 90) publică astfel de informaţii în mod regulat şi vă poate ţine astfel la curent. Majoritatea supermarketurilor şi unii producători de alimente oferă astfel de liste referitoare la produsele lor. Orice persoană alergică la alimente trebuie să aibă mare grijă atunci cînd mănîncă la un restaurant sau la o cafenea şi să citească cu mare atenţie etichetele alimentelor. Etichetele pot fi însă înşelătoare, deoarece folosesc adesea cuvinte tehnice nefamiliare pentru a descrie diverse ingrediente – cum ar fi „lactalbumină" pentru una dintre proteinele din laptele de vacă. Pentru o listă completă a acestor sinonime, vezi anexa 1.

Nu încercaţi niciodată să extrageţi alimentul incriminat dintr-un fel de mîncare care a fost deja preparat, pentru a mînca apoi ce a rămas. Molecule invizibile din acel aliment s-au infiltrat în amestec şi aţi putea fi destul de sensibil pentru a reacţiona la ele.

„Poate conţine arahide" – o sursă de stres!

Etichetele pe care scrie „Poate conţine arahide" sînt deosebit de stresante pentru persoanele alergice la alune. De ce sînt însă necesare? Şi ar trebui să le luăm în serios?

Necesitatea etichetelor de acest fel a apărut deoarece, dacă utilajele de procesare a alimentelor nu sînt curăţate foarte bine cînd se trece de la un produs la altul, urme din ingredientele precedente pot contamina produsele. Nucile şi alunele cauzează mai multe probleme decît orice alt ingredient. Problema majoră legată de ele este că fragmente de alune pot rămîne blocate în striaţiile maşinilor şi nu sînt îndepărtate prin procesul de curăţare, de altfel foarte minuţios, aplicat între procesarea diferitelor alimente. Cînd maşina este pornită din nou şi începe să se mişte, fragmentele de alune sînt deblocate şi astfel se amestecă în noua mixtură.

Datorită conştientizării crescînde a potenţialelor riscuri, producătorii de alimente au acum mai mare grijă, dar tot mai pot apărea probleme. Contaminarea se poate produce şi pe alte căi, inclusiv prin eroare umană. Singura modalitate de a fi absolut siguri că nu există nici un fragment de alună într-un produs este să fie procesat într-o linie specială, pe care nu se lucrează deloc cu alune. Pionierii în această direcţie sînt Kinnerton, care garantează că ciocolata produsă de ei nu are nici o urmă de nuci sau alune.

Ignorarea etichetelor cu „poate conţine" este tentantă, dar periculoasă. Puteţi fi chiar dumneavoastră cel care nimereşte fragmentul rătăcit de alună, care să vă provoace o reacţie severă, chiar fatală. Deoarece vorbim de fragmente, contaminarea nu este uniformă în toate batoanele de ciocolată – 99,9% pot fi inofensive şi 0,1% absolut letale.

Scanned with OKEN Scanner

Cea mai mare problemă sînt mesele luate în oraş. În cadrul unui studiu din America, cercetătorii au analizat şapte decese survenite ca urmare a reacţiilor alergice provocate de alimente şi au descoperit că şase dintre ele au avut loc în restaurante. Una dintre aceste victime nefericite a mîncat sos de chilli la un restaurant: bucătarul folosise unt de arahide pentru a îngroşa sosul, iar bărbatul în cauză era deosebit de alergic la arahide. O strategie necesară cînd se ia masa la restaurant este să comanzi feluri de mîncare simple, cum ar fi peşte sau carne la grătar, la care „ce vezi e ceea ce mănînci". Aceasta nu este întotdeauna posibil însă, iar dacă astfel de feluri de mîncare nu sînt disponibile, va trebui să vă asiguraţi că ştiţi exact ce conţine mîncarea. Încercaţi să vorbiţi direct cu bucătarul, dacă puteţi, dar pregătiţi-vă pentru eventualitatea în care nu se poate (multe restaurante nu mai au bucătari, mîncarea fiind pregătită într-o fabrică şi livrată în porţii preambalate). Ospătarii sînt deseori prea ocupaţi să-şi bată capul cu ingredientele fiecărui fel de mîncare, iar dacă nu înţeleg cît de serioasă este problema alergiilor, nici nu se vor deranja să afle. În majoritatea incidentelor implicînd reacţii alergice în restaurante, vinovatul este ospătarul, care a spus că s-a consultat cu bucătarul cînd, de fapt, nu o făcuse.

O soluţie ar fi să sunaţi la restaurant înainte de a merge acolo şi să discutaţi problema cu ei – informaţi-i că trebuie să ştiţi exact ce conţine mîncarea pe care o serviţi. Vă veţi putea da seama cît de dispuşi sînt să vă ajute în urma acestui contact telefonic iniţial.

Alergeni alimentari deghizaţi

Alergenii alimentari îşi pot face apariţia în cele mai stranii locuri. Listele de mai jos au ca scop să vă atenţioneze în legătură cu cîteva dintre pericolele mai rar întîlnite. *Nu sînt însă exhaustive.* Vă recomandăm să consultaţi şi anexa 2 – căutaţi secţiunea care conţine alergenul alimentar specific.

Trebuie să reţineţi că alergenii din surse non-alimentare au şanse infime de a provoca anafilaxia. Ei duc mai degrabă la simptome precum crize de astm, nas înfundat sau care curge, ochi înroşiţi, lăcrimaţi şi cu mîncărimi. Dacă alergenul atinge pielea, poate apărea urticarie. Aceste reacţii sînt neplăcute, dar nu periculoase.

Laptele

Sursele alimentare pot include produsele de patiserie (căutaţi „zer" pe etichetă).

Sursele non-alimentare pot include praful din locuinţe: din anii '60 pînă în anii '80 sau '90, ipsosul folosit pentru pereţii interiori conţinea cazeină (o proteină din lapte), adăugată pentru a îmbunătăţi proprietăţile de manipulare a amestecului. Cazeina poate persista în praful din casă. A fost depistată în praful din locuinţe din Finlanda, Suedia şi Olanda. Nu avem informaţii despre ipsosul din Marea Britanie. Varul tradiţional (folosit pentru a vopsi pereţii din casele tradiţionale, de exemplu) poate conţine proteine din lapte. Unele vopsele moderne ecologice pot conţine lapte sau ouă. Unele mănuşi din latex conţin cazeină.

Ouăle

Sursele alimentare pot include nucile de Brazilia care au fost glazurate cu ou (au un aspect uşor lucios).

Sursele non-alimentare pot include alergeni de la păsări purtaţi pe calea aerului, care pot interacţiona cu alergenii din ouă şi pot afecta unele persoane; sînt prezenţi în jurul fermelor de păsări, în aerul locuinţelor care au păsări ca animale de companie şi în apropierea stolurilor de porumbei citadini. Unele vopsele moderne ecologice pot conţine lapte sau ouă, care pot ajunge în praful din casă.

Nucile

Sursele alimentare pot include feluri de mîncare indiene, servite la restaurante – făina de alune este uneori unul dintre ingrediente, iar bucătarul nu o va considera ca fiind

Scanned with OKEN Scanner

„nuci" propriu-zise. Unele restaurante chinezeşti folosesc untul de arahide pentru a lipi capetele rulourilor cu ouă. Friteuzele folosite pentru burgerii vegetali care conţin nuci vor avea alergeni din alune în uleiul pentru prăjit şi vor contamina alte alimente prăjite – cantităţile vor fi însă infime şi îi vor afecta doar pe cei deosebit de sensibili.

Sursele non-alimentare pot include uleiul de arachide în produsele farmaceutice (vezi p. 346). Obiectele atinse de persoane care au mîncat arahide pot fi contaminate – cărţile de joc, de exemplu. Mesele necurăţate din cantinele şcolare, unde se consumă de obicei nuci sau unt de arahide, sînt un potenţial pericol; se pot şterge însă cu o soluţie dezinfectantă sau cu detergent de vase (doar apa nu este de ajuns).

Grîul

Sursele alimentare includ unele tipuri de cartofi pai (de exemplu, cei de la Burger King) care sînt daţi prin făină.

Peştele şi fructele de mare

Sursele alimentare includ diferite feluri de mîncare incluse în bucătăria orientală, în special cea thailandeză. Sosurile concentrate pe bază de peşte se folosesc în cele mai neaşteptate reţete – puiul verde thailandez în curry, de exemplu, satay de vită şi multe supe thailandeze.

Sursele non-alimentare includ alergeni purtaţi pe calea aerului – aburul rezultat din fierberea peştelui, de exemplu, sau aerul dintr-o piaţă de peşte. (O minoritate dintre cei alergici la peşte sînt mai afectaţi de alergenii din aer decît de cei ingeraţi.)

Pentru persoanele alergice la lapte, mîncarea chinezească sau japoneză constituie o alegere bună, deoarece bucătăria orientală nu foloseşte lapte. Însă mîncarea thailandeză este un adevărat cîmp minat pentru cei alergici la peşte, iar multe dintre bucătăriile naţionale sînt periculoase pentru cei alergici la alune. O carte deosebit de utilă este *Let's Eat Out*, de Kim Koeller şi Robert La France, care vă informează în legătură cu toate ingredientele obişnuite, reţetele şi tehnicile folosite de bucătăriile diferitelor culturi, evidenţiind felurile de mîncare ce prezintă riscuri pentru cei care suferă de diverse alergii. *Multi-Lingual Phrase Passport*, de aceiaşi autori, este de nepreţuit pentru persoanele care călătoresc – vă poate fi de ajutor în descifrarea meniurilor în limbi străine (franceză, germană, italiană şi spaniolă), vă permite să le explicaţi cerinţele dumneavoastră speciale ospătarilor şi să comunicaţi cu personalul medical în caz de urgenţe. În cazul călătoriilor în ţări mai îndepărtate, traduceri utile în multe alte limbi se pot găsi pe www.killerpeanut.com (în ciuda denumirii – aluna ucigaşă – acoperă o gamă mai largă de alergeni, nu doar cei din alune).

Pentru cei care gătesc acasă, *Allergy-free Cookbook*, de Alice Sherwood, este o carte de bucate plină de inspiraţie ce poate transforma o dietă prin eliminare într-una mult mai puţin dificilă şi mai plăcută. Este utilă mai ales pentru părinţii copiilor cu grad ridicat de alergie şi conţine reţete fără unul sau mai multe dintre următoarele ingrediente-cheie: ouă, lapte, gluten şi alune/nuci. Revista *Foods Matter* este şi ea o resursă de reţete bune, informaţii despre alimentele care sînt garantate a nu conţine anumite ingrediente, noutăţi despre contaminări şi incidente de fabricaţie şi ultimele rezultate ale cercetărilor în domeniu. Are o secţiune dedicată special copiilor cu diete restricţionate şi vă poate fi de mare ajutor dacă aveţi un caz sever de alergie în familie.

Nu ignoraţi primele semne de anafilaxie pe baza convingerii că nu aţi mîncat nici un aliment incriminat: există întotdeauna posibilitatea contaminării alimentelor procesate în fabrici care lucrează cu multe alte produse. Doar pentru a oferi cîteva exemple petrecute pe parcursul unei perioade de două săptămîni: un lanţ britanic de supermarketuri a fost nevoit să retragă toate cremele de ciocolată din marca proprie după ce s-a descoperit că erau contaminate cu alune de pădure, un alt lanţ a descoperit că întreaga gamă de iaurturi cu

Scanned with OKEN Scanner

caramel conţinea de fapt iaurt cu alune, iar într-un al treilea magazin alimentar s-au găsit urme de alune în brioşele cu afine. În două dintre cazuri, contaminarea a dus la o reacţie alergică severă la cîte o persoană predispusă.

Mîncărurile gata preparate sînt şi ele expuse riscului etichetării greşite (într-unul din cazuri, un pachet de lasagna vegetală conţinea de fapt un aluat vegetal, care avea şi alune) şi al contaminării (o persoană alergică la alune a ajuns la spital după ce a mîncat mîncare italienească gata preparată, în care sosul pesto avea urme de ulei de nuci din maşina de procesare). Nu este cazul să deveniţi paranoic în legătură cu toate alimentele preambalate sau gata pregătite, dar este bine să fiţi conştient de posibilitatea contaminării, astfel încît să nu ignoraţi semnele prevestitoare în eventualitatea unei reacţii alergice.

Este uleiul de arahide sigur?

Dacă uleiul este obţinut prin presarea arahidelor şi nu este ulterior rafinat (purificat), proteinele rămîn în componenţa lui şi pot provoca reacţii alergice la unele persoane cu alergii la arahide (probabil la doar 10% dintre pacienţi). Uleiul de arahide crud, nerafinat nu se foloseşte la scară largă, cu excepţia bucătăriilor indiene şi orientale, de exemplu, şi în unele dulciuri pe bază de alune. Există în prezent un cod de practici care prevede că trebuie întotdeauna declarat pe eticheta oricărui aliment preambalat sau în meniurile restaurantelor. Singurele alimente la care trebuie să fiţi atenţi sînt unele mîncăruri indiene de casă care se găsesc la magazinele mici, cu caracter etnic – acestea pot conţine ulei nerafinat de arahide fără a-l menţiona pe etichetă.

Trebuie să ştiţi că mai puteţi cumpăra o specialitate, anume „uleiul din alune de pămînt", care este, desigur, ulei de arahide nerafinat – pe care trebuie, de asemenea, să-l evitaţi. (Dacă nu ştiaţi că alunele de pămînt sînt tot arahide, atunci consultaţi secţiunea dedicată nucilor şi alunelor din anexa 2 şi informaţi-vă!)

Uleiul de arahide rafinat conţine cantităţi atît de infime de proteine din alune, încît aproape că nici nu pot fi detectate. Un test de provocare pe 60 de pacienţi alergici la alune efectuat la Universitatea din Southampton a arătat că nici unul dintre subiecţi nu a reacţionat la uleiul de arahide rafinat. Cu toate acestea, aceste proteine există în componenţa lui – fapt dovedit prin proceduri complicate de concentraţie şi extracţie.

Urmele de proteine alergenice contează atunci cînd uleiul rafinat vine în contact cu pielea iritată a unui copil mic. Impactul acestor urme infime de proteine din uleiul de arachide în cremele pentru piele este tratat la p. 346.

Toţi fabricanţii mari şi lanţurile de magazine alimentare sînt mai bine informaţi în prezent şi cea mai mare parte dintre ei fac eforturi de a semnaliza riscurile atunci cînd se produc greşeli. Puteţi obţine informaţii despre astfel de probleme din diferite surse, însă una dintre cele mai bune este alert4allergy - un serviciu gratuit de e-mail şi sms, care trimite alerte în legătură cu produsele retrase de pe piaţă şi alte incidente în care alimente preambalate au fost comercializate avînd ingredientele greşit listate pe etichete ori au fost contaminate cu alune, lapte, ouă sau alţi alergeni în timpul procesului de fabricaţie. Un sms la momentul potrivit poate preveni un incident serios. Vă puteţi înscrie gratuit la www.alert4allergy.org.

Oricine a avut o criză severă în trecut ar trebui să poarte o brăţară cu informaţii medicale în care să fie cuprinse toate datele relevante. În eventualitatea în care consumaţi alimentul incriminat în afara casei şi sînteţi găsit în stare de inconştienţă, vă poate salva viaţa. Fără o astfel de brăţară, este posibil să nu primiţi îngrijirile medicale adecvate.

Ar trebui să aveţi deja un plan pentru situaţii de urgenţă. Este bine să păstraţi o copie afişată în bucătărie, astfel încît toată familia să cunoască detaliile. În cazul copiilor alergici, daţi o copie profesorilor, bunicilor, baby-sitterilor şi părinţilor copiilor unde merg ei în vizită. Asiguraţi-vă că toată lumea ştie unde este injectorul cu adrenalină.

Scanned with OKEN Scanner

Majoritatea pacienţilor care au avut o reacţie alergică severă în trecut sînt automat trimişi la un specialist dintr-o clinică de alergologie. Dacă medicul dumneavoastră de familie încă nu a făcut-o, cereţi o trimitere. Este important în special dacă suferiţi de astm, dacă aţi avut o criză astmatică sau *orice fel de dificultăţi de respiraţie* în timpul reacţiei alergice.

Astmul nediagnosticat poate fi periculos în special pentru persoanele cu alergie alimentară de tip IgE. Studiile de specialitate au arătat că o mare parte din cei care suferă de alergii alimentare, deşi nu erau consideraţi astmatici, aveau căile respiratorii mai reactive la metacolină inhalată decît indivizii sănătoşi (un test standard folosit în depistarea astmului). Dacă vă pierdeţi răsuflarea în timp ce urcaţi un deal sau scările, aveţi o tuse prelungită inexplicabilă sau vă simţiţi extrem de obosit, ar putea fi semne de astm. Cereţi un control medicului de familie. Astmul tratat vă poate salva viaţa în cazul în care consumaţi alergen alimentar din greşeală.

Siguranţa adolescenţilor

Adolescenţii care suferă de alergii alimentare, în special de alergie la alune, sînt expuşi adesea unui risc crescut de anafilaxie. Probabil ei sînt primii care se vor plictisi de etichetele cu „poate conţine" şi le vor ignora, provocîndu-le mari griji părinţilor. În situaţii de natură socială, presiunea celor din jur le poate diminua vigilenţa la alimentele pe care le consumă. Alcoolul le poate întuneca şi mai mult capacitatea de decizie. Cînd se află la o petrecere sau într-un club de noapte, unde lumina este foarte slabă (ceea ce face etichetele greu de citit), fiind distraşi de ceilalţi sau serviţi cu mîncare, riscurile cresc. Campania Anafilaxia (www.anaphylaxis.org.uk) desfăşoară seminarii speciale pentru copii şcolari şi adolescenţi, care sînt distractive, le oferă sprijin şi nu sînt dictatoriale. A întîlni alţi tineri de aceeaşi vîrstă şi cu aceleaşi probleme poate fi de mare ajutor.

Supravieţuirea

Tratamentul medicamentos pentru anafilaxie

Probabil vi se vor prescrie antihistaminice ca tratament pentru episoade de urticarie acută. În particular, copiilor cu urticarie acută li se vor prescrie antihistaminice sub formă de sirop. Ele pot fi de ajutor într-o mică măsură, pot calma un pic simptomele cutanate şi de la nivelul cavităţii bucale. Cu toate acestea, *nu vă puteţi baza pe ele pentru a vă salva viaţa* în timpul reacţiilor severe, în cazul în care suferiţi una. Va fi nevoie de tratament cu adrenalină şi va trebui să mergeţi de urgenţă la spital.

Uneori se recomandă corticosteroizi ca tratament pentru alergiile alimentare de tip IgE. Ei sînt necesari într-un stadiu mai avansat, pentru a calma reacţia ultimei faze, însă nu au nici o valoare în tratarea simptomelor iniţiale şi nu sînt de ajutor în crizele ce pun în pericol viaţa.

Singurul tratament eficient, care vă va salva viaţa, este *injectorul cu adrenalină*. Dacă aţi suferit vreodată de anafilaxie în urma consumului unui aliment, atunci medicul vă poate prescrie un injector, în eventualitatea unei urgenţe. Numele de marcă sînt Epipen şi Anapen, avînd disponibile şi versiuni pentru copii, care conţin o doză mai mică. Seringa poate fi folosită doar o dată. Adrenalina pe care o conţine contracarează efectele mediatorilor mastocitelor prin contractarea vaselor sangvine. *Tot este necesară evitarea alimentului* – conţinutul seringii este eficient numai în cazul consumului unei cantităţi mici de aliment.

Scanned with OKEN Scanner

Cine trebuie să primească un injector cu adrenalină?

Părerile sînt împărţite în legătură cu nivelul de risc care trebuie să existe înainte de a prescrie un astfel de injector. Unii medici sînt reticenţi în a le prescrie dacă sînt de părere că şansele ca el să fie vreodată folosit sînt mici. Alţii consideră că, dacă injectorul îi face pe pacienţi (sau părinţi) să se simtă mai în siguranţă şi le permite copiilor, mai ales, să socializeze mai mult, atunci îşi va face datoria, chiar dacă nu ajunge să fie folosit.

Majoritatea specialiştilor în alergii sînt de acord cu următoarele criterii pentru prescrierea unui injector cu adrenalină:

- Un episod anterior de şoc anafilactic (cu pierderea cunoştinţei) cauzat de alergie alimentară IgE.
- Alergie alimentară IgE combinată cu antecedente de astm, chiar dacă astmul este bine tratat şi ţinut sub control în prezent.
- Orice simptome de sufocare şi dificultăţi de respiraţie în timpul unei reacţii anafilactice anterioare la un aliment.
- Orice fel de reacţie alergică (chiar uşoară) la urme de aliment ingerate.
- Orice fel de reacţie alergică (chiar uşoară) la alergen alimentar purtat pe calea aerului sau la contactul pielii cu alimental.
- Alergie alimentară IgE cu reacţie sistemică (chiar uşoară) manifestată de un pacient care locuieşte departe de spital.

Unii specialişti susţin, de asemenea, prescrierea de injectoare oricărui pacient cu alergie la alune, chiar şi celor cu simptome relativ minore, pe considerentul că o reacţie mult mai severă poate avea loc oricînd. Dificultatea sau uşurinţa de a evita alergenul este şi ea luată în considerare.

Dacă locuiţi la mare distanţă de cel mai apropiat spital sau aţi suferit reacţii severe în trecut, medicul v-ar putea prescrie două injectoare, în caz că aveţi nevoie de a doua doză. (Unii medici sînt ferm convinşi că a doua doză trebuie administrată majorităţii pacienţilor, nu doar unora dintre ei. Au fost cîteva cazuri soldate cu moartea în care primul injector a fost folosit cu promptitudine, dar un al doilea nu a mai fost disponibil, iar primul nu a fost pe deplin eficient.)

Consensul general este că, atunci cînd este vorba de adolescenţi, orice decizie dificilă ar trebui să încline de partea precauţiei şi ar trebui prescris un injector. Adolescenţii sînt mult mai predispuşi la a suferi o expunere accidentală la alimente, de aceea prezenţa unui injector pare prudentă.

Cînd şi cum trebuie folosit injectorul cu adrenalină (epinefrină)

Dacă citiţi asta în caz de urgenţă, ideea de bază este: *Nu întîrziaţi în a folosi injectorul Epipen sau Anapen dacă începeţi să manifestaţi o reacţie severă la aliment.* Într-o asemenea situaţie, atitudinea de „să aşteptăm, poate trece" ar putea fi dezastruoasă. Cu cît folosiţi mai repede injectorul, cu atît va fi mai eficient. Dacă există simptome ce s-au manifestat şi într-o reacţie anafilactică anterioară (cum ar fi dureri abdominale intense în timpul anafilaxiei la un copil cu alergie alimentară), atunci folosiţi injectorul, chiar dacă nu sînteţi convins că şi de data asta e vorba tot de o reacţie anafilactică la un aliment.

Vezi p. 81 pentru detalii practice despre utilizarea injectorului.

Să sperăm că nu citiţi aceste rînduri în caz de urgenţă şi că nu veţi avea niciodată nevoie să folosiţi injectorul. Însă majoritatea celor care suferă de alergii alimentare, din nefericire, vor fi expuşi ocazional la alimentul incriminat, oricît de atenţi ar fi. Aşadar, mesajul cel mai simplu este: purtaţi injectorul cu dumneavoastră tot timpul. *Repetăm: tot timpul.* Nu va fi

Scanned with OKEN Scanner

de nici un folos dacă este lăsat în maşină, în dulap sau la vestiar atunci cînd suferiţi o reacţie anafilactică într-o cantină, în sala de mese, la cafenea sau restaurant, la o petrecere sau o nuntă, la o masă în timpul unei conferinţe. Toate acestea sînt situaţii în care persoane alergice şi-au pierdut viaţa deoarece reacţia s-a petrecut foarte rapid, iar tratamentul cu adrenalină nu a fost disponibil. Nu uitaţi că s-ar putea să vă fie greu să vorbiţi odată ce se declanşează reacţia.

Exersaţi utilizarea injectorului în prealabil

Adrenalina se injectează în muşchiul coapsei, de unde ajunge în fluxul sangvin. Nu încercaţi niciodată să injectaţi adrenalina în altă parte şi aveţi grijă să nu vă înţepaţi cu acul în deget. (În caz că vă înţepaţi accidental, cereţi ajutor medical – vasele fine din deget se vor strînge rapid şi vor întrerupe alimentarea cu sînge, posibil ducînd la gangrenă.)

Un studiu efectuat în Canada a arătat că destul de mulţi medici de familie – de fapt majoritatea – nu au demonstrat corect utilizarea injectorului cu adrenalină. Probabil că medicii de familie s-ar descurca mai bine, dar nu strică să vă asiguraţi că ştiţi să vă folosiţi injectorul. Cercetările au arătat că doi din trei pacienţi britanici, posesori ai unui injector cu adrenalină, nu pot demonstra corect tehnica de utilizare. Există în prezent un videoclip foarte bun pe site-ul web al Campaniei Anafilaxia (www.anaphylaxis.org.uk – căutaţi la secţiunea „Health Professionals") care arată cum se folosesc Epipen şi Anapen. Dacă nu aveţi acces la Internet, întrebaţi farmacistul – studiul canadian a arătat că majoritatea dintre ei s-au descurcat bine.

Trebuie să ştiţi că există injectoare de antrenament pentru ambele mărci, cu care puteţi exersa (un grepfrut este un bun înlocuitor de coapsă pentru încercări). Injectoarele expirate sînt şi ele bune pentru exersat. Atunci cînd pacientul alergic este un copil, asiguraţi-vă că toţi cei care au grijă de el au exersat cu injectorul.

Persoanele foarte obeze ar putea avea un strat de grăsime prea gros pe coapsă pentru ca acul injectorului să ajungă la muşchi. Ele trebuie să discute cu medicul despre metode alternative de injectare a adrenalinei.

Efectele secundare ale adrenalinei

Se vor manifesta efecte secundare în urma utilizării adrenalinei – nu vă miraţi dacă vă albiţi la faţă, începeţi să tremuraţi şi aveţi palpitaţii (bătăi rapide ale inimii). Doza de adrenalină necesară pentru a vă scoate din anafilaxie va avea, inevitabil, astfel de efecte. Vor fi însă trecătoare şi nu vor provoca daune de durată.

Se pot manifesta şi efecte secundare mai grave, însă sînt foarte rare. Riscul este mai mare în caz de afecţiuni cardiace preexistente, aşa că medicul va evalua starea de sănătate actuală înainte de a vă recomanda folosirea unui injector cu adrenalină.

Oamenii sînt în general îngrijoraţi de ideea folosirii pripite a injectorului, crezînd că poate fi dăunător dacă e folosit cînd nu e necesar, sau se tem că efectele lui vor fi diminuate cu ocazia viitoare, cînd chiar va fi necesar. *Ambele temeri sînt absolut nefondate.* E mai bine să-l foloseşti cînd nu e nevoie de el decît să *nu* îl foloseşti cînd *este* nevoie.

Nu staţi pe gînduri

Cînd credeţi că este nevoie de adrenalină, *folosiţi-o fără întîrziere*, fără a sta prea mult pe gînduri. Cu cît o folosiţi mai repede, cu atît mai bine. Cînd e vorba de anafilaxie şi de decizia de a folosi injectorul cu adrenalină, mottoul este : „Dacă nu eşti sigur, acţionează ! ".

Scanned with OKEN Scanner

Destul de mulţi copii cu alergie alimentară IgE au murit chiar dacă aveau un injector, doar din cauză că membrii familiei au aşteptat prea mult pînă să-l folosească.

Injectorul trebuie să fie în termen de valabilitate, desigur, dar dacă descoperiţi că nu mai este, folosiţi-l oricum – nu va face rău şi tot va avea efect într-o anumită măsură.

Imediat ce aţi folosit injectorul, chemaţi ambulanţa sau mergeţi la spital. *Trebuie să faceţi asta chiar dacă injectorul pare să fie în stare de funcţionare* şi chiar dacă a funcţionat bine în trecut, deoarece nu puteţi şti cum va progresa reacţia. S-ar putea să mai aveţi nevoie de o doză de adrenalină sau de alt tratament.

Presupunînd că aveţi două injectoare, doza trebuie repetată după 5-10 minute dacă nu începeţi să vă reveniţi. Trebuie să mergeţi *întotdeauna* şi la spital, deoarece se poate produce o reacţie întîrziată (vezi p. 83).

Informaţi personalul medical de la spital în cazul în care aţi luat corticosteroizi, pentru că aceştia ar putea inhiba capacitatea normală a organismului de a-şi produce propriii corticosteroizi, de care este nevoie în situaţii de criză. S-ar putea să aveţi nevoie şi de o doză de corticosteroid, pe lîngă cea de adrenalină, pentru a contracara efectul. Spuneţi-le şi cîte injectoare aţi folosit.

Dacă aveţi mai mult de un injector cu adrenalină, aveţi grijă să respectaţi instrucţiunile medicului despre momentul folosirii celei de-a doua doze şi în special despre numărul maxim de doze. Folosirea a două injectoare rareori creează probleme, însă administrarea cîtorva doze la intervale scurte de timp poate fi periculoasă. Folosirea a prea multor injectoare poate fi fatală – doar două, dacă atîtea v-au fost prescrise, nu prezintă riscuri.

Pacienţii astmatici îşi pot folosi inhalatorul relaxant („cel albastru"), ca şi adrenalina, dacă au probleme de respiraţie. Nu vă administraţi mai mult decît numărul maxim de doze permis.

Medicamente care împiedică adrenalina să-şi facă efectul

Persoanele care iau inhibitori ACE sau betablocanţi (prescrişi pentru angină, hipertensiune, aritmii cardiace şi anxietate severă) ar putea fi rezistente la efectele adrenalinei injectate. Consultaţi-vă cu medicul în cazul în care luaţi acest tip de medicaţie pe termen lung: au fost cazuri în care pacienţilor li s-a prescris un injector cu adrenalină deşi aceasta nu le-ar fi fost de nici un folos.

Care sînt avantajele şi dezavantajele administrării de betablocanţi dacă suferiţi de alergie alimentară clasică IgE? Aceştia măresc într-adevăr riscurile asociate cu atacurile severe de anafilaxie, deoarece le fac mult mai greu de tratat. S-au efectuat analize de risc pe pacienţi cu alergie periculoasă la alune şi cu afecţiuni cardiace. S-au comparat beneficiile betablocanţilor în comparaţie cu posibilele riscuri, în cazul particular al expunerii accidentale la alune. Concluzia la care s-a ajuns a fost că riscul de deces, în ansamblu, este tot scăzut şi în cazul folosirii betablocanţilor.

Este evident că această concluzie se poate schimba atunci cînd expunerea la alergen este mai ridicată decît cea presupusă de cercetători. Dacă vă este greu să evitaţi alergenul incriminat sau reacţionaţi la cantităţi minuscule şi aveţi expuneri accidentale frecvente, atunci balanţa se poate înclina în cealaltă direcţie. Betablocanţii ar deveni mai degrabă factori de risc decît benefici.

Alte forme de adrenalină

Adrenalina (epinefrina) era în trecut disponibilă sub formă de inhalator, adesea util astmaticii cu alergii alimentare, ca tratament suplimentar în timpul anafilaxiei. Tipul acesta de inhalator a fost retras de pe piaţă deoarece nu sînt dovezi concludente că ar funcţiona, atunci cînd este folosit singur (neînsoţit şi de un injector) şi le poate da

Scanned with OKEN Scanner

pacienţilor un fals sentiment de siguranţă. În viitor, adrenalina va fi disponibilă în forma unei pilule care să se dizolve sub limbă, în loc să fie injectată.

Alergic la inulină

Majoritatea antigenilor (care includ majoritatea alergenilor) sînt molecule de proteine. Aceasta se întîmplă deoarece proteinele au un caracter deosebit de distinctiv, au trăsăturile chimice necesare unor buni *epitopi* – punctele foarte uşor de recunoscut de care se leagă anticorpii. Grăsimile, pe de altă parte, sînt foarte monotone, toate arată aproape la fel. Puţine dintre ele au ce trebuie pentru a fi un antigen. Carbohidraţii sînt şi ei molecule destul de neinteresante, dar unii sînt îndeajuns de distinctivi pentru a se comporta ca antigeni.

Foarte puţine cazuri de alergii la carbohidraţi au fost identificate şi bine studiate, însă s-a descoperit un pacient cu alergie IgE la inulină, un tip de fibră întîlnită în diferite legume, folosită în prezent la scară largă pe post de prebiotic (vezi p. 44). Faptul că inulina şi derivaţii săi sînt de asemenea folosiţi ca aditivi, pentru a îmbunătăţi textura unor anumite alimente preparate, îi îngreuna pacientului foarte mult existenţa. Unii dintre alergenii din ţelină se pare că ar fi tot carbohidraţi.

Reacţii încrucişate în alergia alimentară de tip IgE

Aşa cum am prezentat în capitolul 2, pot avea loc reacţii încrucişate între diferiţi antigeni (alergeni) deoarece trăsătura-cheie de recunoaştere – epitopul – arată destul de asemănător. Reacţiile încrucişate au loc cel mai adesea între alimente din plante înrudite sau din lapte/carne de la animale înrudite. Familiile de alimente (vezi anexa 3) pot fi utilizate pentru a vă oferi o imagine de ansamblu asupra reacţiilor încrucişate, iar un alergolog poate organiza teste cutanate cu alimente înrudite, în cazul în care sînteţi îngrijorat.

Cu toate acestea, reacţiile încrucişate îndeajuns de semnificative ca să necesite evitarea alimentelor sînt relativ rare. Un test cutanat pozitiv nu înseamnă neapărat că veţi prezenta simptome dacă ingeraţi alimentul – poate avea loc sensibilizarea fără reacţia clinică. Înainte de a elimina din dietă un număr mare de alimente cu reacţie încrucişată pe baza testelor cutanate, discutaţi cu alergologul dacă această măsură este cu adevărat necesară.

Reacţiile încrucişate sînt frecvente între polenuri (care provoacă alergiile la polen) şi fructe sau legume, din cauza proteinelor antice pe care le au în comun, păstrate de-a lungul evoluţiei datorită utilităţii lor (vezi capitolul 2). Multe dintre reacţiile la alimente provocate în acest fel sînt uşoare şi clasificate ca sindrom de alergie orală – vor fi prezentate în capitolul următor. Nu toate reacţiile însă sînt uşoare: unele fructe implicate în reacţii încrucişate cu polenul produc o reacţie anafilactică. Variaţiile de intensitate a reacţiilor apar din cauză că sînt atît de mulţi alergeni diferiţi în alimente, în special în fructe şi legume. Unii sînt alergeni instabili care produc sindromul de alergie orală, în timp ce alţii sînt alergeni mult mai robuşti, care nu se descompun în stomac – ei au mai multe şanse să provoace anafilaxie la persoanele predispuse.

Numeroase reacţii încrucişate pot avea loc între alergenii din cauciuc şi latex şi cei din fructe şi legume. Dacă în cazul asocierii polenului cu fructele, polenul pare a fi agentul principal de sensibilizare (adică reacţia la aliment cauzată de o reacţie încrucişată), în asocierea cu latexul ambele variante sînt posibile. Uneori latexul este agentul de sensibilizare principal. La alţi pacienţi, fructele sînt agentul principal, iar reacţia încrucişată va produce sensibilizarea IgE la latex. În astfel de cazuri, reacţia IgE la latex poate apărea la un test cutanat, dar nu va produce simptome.

Scanned with OKEN Scanner

Cele mai frecvent observate reacţii încrucişate cu alergenii din latex implică smochinele, bananele, avocado, castanele şi fructul de kiwi. (Kiwi este regele reacţiilor încrucişate : mai poate reacţiona încrucişat şi cu mai multe polenuri şi diferite alte fructe şi legume.) Multe alte alimente pot reacţiona încrucişat cu alergenii din latex, printre ele aflîndu-se roşiile, căpşunele, pepenii, piersicile, merele, cireşele, morcovii, migdalele, nucile, alunele, alunele de pădure şi seminţele de floarea-soarelui.

Reacţii inexplicabile sau inconsecvente la alimente

Dacă aţi avut o reacţie imediată şi violentă la un aliment, dar nu ştiţi care ingredient anume este responsabil, vă aflaţi într-o poziţie dificilă. Este important să identificaţi alergenul, astfel încît să vă puteţi hrăni în siguranţă cu un minimum de restricţii dietare. Un pic de muncă inteligentă de detectiv vă va ajuta să ghiciţi identitatea vinovatului, iar medicul va putea organiza o serie de teste cutanate pentru a vă verifica bănuiala.

Una dintre posibilităţile pe care trebuie să le aveţi în vedere este că aţi reacţionat la un aditiv, şi nu la un aliment. Dacă aveţi reacţii consecvente la îngheţata din comerţ, de exemplu, dar nu şi la lapte, smîntînă sau la îngheţata făcută în casă, atunci puteţi fi sensibil la polisorbaţi, care se folosesc ca stabilizatori în fabricarea îngheţatei. Citirea atentă a etichetelor şi experimentarea atentă a aditivilor suspecţi vă vor ajuta să identificaţi sursa problemelor.

O altă posibilitate ar fi să fiţi alergic la un produs de digestie al alimentului, şi nu la alimentul în sine. Voma şi diareea încep la cîteva ore după masă, iar şocul anafilactic este posibil. Tipul acesta de alergie este considerat a fi foarte rar.

Reacţiile imediate, violente sînt comune în special în cazul consumului de fructe de mare, dar sînt adesea inconsecvente – pacientul poate reacţiona sever o dată, iar data viitoare deloc. Explicaţia este că fructele de mare diferă în funcţie de hrana pe care au consumat-o. Ele pot acumula diferiţi compuşi chimici, inclusiv toxine, din creaturile pe care le mănîncă şi din mediul în care trăiesc. Aceştia se transmit intacţi la persoana care le consumă. Reacţia adversă la fructele de mare poate fi o reacţie alergică la o proteină dobîndită din hrana animalului, un caz clar de intoxicaţie cu toxinele acumulate sau o infecţie bacterială datorată faptului că moluştele provin din apă contaminată.

Pentru a spori complexitatea problemei, fructele de mare sînt adesea tratate cu conservanţi, numiţi benzoaţi, după ce sînt pescuite. Unii oameni sînt sensibili la aceşti aditivi folosiţi pe scară largă şi, deşi vor reacţiona şi la alte alimente, reacţia la fructe de mare va fi mai intensă din cauza cantităţilor mari de benzoaţi folosite. Cantitatea de benzoaţi variază extrem de mult de la un lot de fructe de mare la altul, ceea ce poate fi un factor în unele reacţii.

Cînd este vorba de reacţii inconsecvente la carne, ouă sau lapte, o posibilitate ce trebuie avută în vedere este sensibilitatea la antibiotice. Ele sînt adăugate în hrana animalelor şi pot apărea în urme fine în produsele de la aceste animale. Cineva extrem de sensibil la un anumit antibiotic poate reacţiona la cantităţile infime ce se găsesc în aceste alimente (vezi p. 167).

În cele din urmă, există unii indivizi alergici care au simptome doar atunci cînd fac un efort fizic sporit după ce au consumat alimentul (vezi mai jos).

Dacă nu sînteţi sigur ce a cauzat reacţia, un test iniţial ce poate fi făcut acasă este să aplicaţi un pic de aliment pe faţă, departe de gură. Dacă se produce o iritaţie, atunci alimentul trebuie evitat cu siguranţă. Dacă nu apare nici o iritaţie, atunci trebuie consultat medicul pentru a efectua un test cutanat şi o evaluare ulterioară.

Scanned with OKEN Scanner

Alergia la viermele Anisakis

Toate speciile de peşte conţin unele proteine similare, iar o mare parte din oamenii care suferă de alergie IgE la un tip de peşte vor fi alergici la toţi peştii, deşi există şi excepţii (vezi p. 376).

Persoanele care au avut o reacţie violentă la peşte doar în unele ocazii – chiar dacă a fost vorba de aceeaşi specie de peşte – au constituit un mister pentru alergologi multă vreme.

Răspunsul la problemă este un parazit numit *Anisakis*, care poate fi contractat prin consumul de peşte crud sau parţial gătit. Individul care ia acest vierme va fi infectat pentru o scurtă perioadă de timp, deoarece sistemul imunitar luptă foarte eficient împotriva lui. Este posibil nici să nu-şi dea seama că îl are, deoarece simptomele sînt similare celor unui deranjament intestinal comun. Cu toate acestea, este posibil ca în organism să rămînă IgE împotriva viermelui *Anisakis* în sînge.

O expunere viitoare la peşte contaminat cu *Anisakis* – sau doar urme de proteine de *Anisakis* – va declanşa o reacţie alergică. Pe cînd viermii vii sînt distruşi prin gătire, proteinele nu sînt distruse, aşadar prepararea completă a peştelui nu oferă protecţie în acest stadiu.

Metodele moderne de pescuit sporesc şansele unei astfel de reacţii, deoarece peştii nu mai sînt eviscerați pe mare, ci sînt aduşi mai întîi la mal. Întîrzierea eviscerării le permite paraziţilor să treacă din intestinele peştilor în carnea lor.

Cercetătorii sînt de părere că există mult mai multe astfel de reacţii alergice provocate de *Anisakis* decît ne dăm seama, dar că majoritatea medicilor nu cunosc problema şi astfel cazurile nu sînt identificate şi înregistrate ca atare. Reacţia alergică la peşte în sine este mult mai frecventă decît cea la viermele *Anisakis*, dar în cazurile de alergie reală la peşte, reacţiile sînt de regulă consecvente.

Reacţii alergice la alimente noi

La un moment dat, se presupunea că, pentru a dezvolta o reacţie alergică la un aliment, era nevoie de cel puţin o expunere anterioară pentru a deveni sensibilizat. Cu alte cuvinte, nu se poate dezvolta o reacţie alergică la un aliment pe care pacientul nu l-a mai mîncat niciodată. Teoretic, este corect: sistemul imunitar are nevoie să se fi întîlnit cu alergenul pînă atunci. Dar se ştie deja că unele persoane au suferit reacţii alergice la prima expunere la un anumit aliment. Asta se datorează *reacţiilor încrucişate*. Un alergen similar dintr-un alt aliment (din polen sau din altă sursă, precum latexul) a permis sistemului imunitar să se echipeze cu anticorpi IgE care au provocat reacţia la alimentul nou.

Într-un caz neobişnuit şi alarmant, un băieţel spaniol cu alergie la polen de pelin negru a leşinat şi aproape a murit după ce a băut o cană de ceai de muşeţel pentru prima dată în viaţă. Atît pelinul negru, cît şi muşeţelul sînt membri ai familiei margaretei, Compositae. Băiatul a suferit aceste simptome extreme ca rezultat al unei reacţii încrucişate.

Şi floarea-soarelui face parte din această familie şi seminţele ei pot cauza o reacţie la persoanele sensibile la polenul oricărei plante Compositae (inclusiv vestita ambrozie din America de Nord, care provoacă alergia la polen). Cînd au loc astfel de reacţii, există de obicei semne prevestitoare, cum ar fi furnicături ale buzelor şi gurii. Trebuie luate imediat măsuri de precauţie. Mierea poate conţine polen de diferite tipuri, ceea ce duce uneori la o reacţie alergică atunci cînd este consumată.

Majoritatea reacţiilor încrucişate datorate sensibilizării la polen rezultă în simptome foarte uşoare şi trecătoare manifestate în cavitatea bucală. Acesta este sindromul de alergie orală şi va fi discutat în capitolul următor.

Scanned with OKEN Scanner

Anafilaxia alimentară indusă de efortul fizic

Dacă efortul fizic provoacă uneori anafilaxia, dar nu întotdeauna, atunci v-aţi putea confrunta cu o formă complexă a problemei care implică în acelaşi timp şi alimentele. Pentru unele persoane, combinaţia de efort fizic intens şi consumul unui anumit aliment e cea care declanşează anafilaxia. Pentru altele, este nevoie de două alimente, pe lîngă efort. (Într-unul din cazuri, era nevoie de efort fizic imediat după consumul de produse din grîu, plus aditivi alimentari, plus alcool, pentru a se produce anafilaxia. Ipoteza era atît de implauzibilă, încît medicii au efectuat teste dulbu-oarbe extensive pentru a confirma ceea ce pacientul identificase ca factori declanşatori.)

Nu se ştie cu exactitate de ce se întîmplă asta, însă modificările stărilor vaselor de sînge care au loc natural în timpul efortului fizic ar putea provoca reacţii adverse la nivelul mastocitelor. Tipul acesta de reacţie poate duce la colaps, ce poate fi chiar fatal.

În cazul unor persoane ghinioniste, consumul oricărui aliment urmat de efort fizic va provoca anafilaxia. Este posibil ca, în cazul lor, alimentul sau combinaţia de alimente incriminată să nu fi fost încă identificată. Oricare ar fi situaţia, este bine să nu se mănînce *deloc* la mai puţin de patru ore după orice fel de efort fizic intens.

Alte măsuri preventive includ: nu faceţi sport de unul singur, încetaţi efortul fizic la primele indicii ale oricăror simptome, purtaţi la îndemînă injectorul cu adrenalină şi instruiţi partenerul de tenis sau de jogging în privinţa utilizării acestuia, în caz că suferiţi o reacţie foarte severă şi aveţi nevoie de ajutor.

Există şi alte tratamente disponibile?

Evitarea alimentului incriminat este, în prezent, singurul tratament eficient pentru alergiile alimentare IgE. Se desfăşoară în continuare eforturi din partea oamenilor de ştiinţă pentru a se descoperi alte tratamente. Acestea ar putea fi de folos doar dacă vor reduce sensibilitatea la alergenul alimentar, astfel încît reacţiile care pun viaţa în pericol să nu mai fie atît de frecvent provocate doar de cantităţi infime de aliment. Cîteva forme de imunoterapie (reantrenarea sistemului imunitar) sînt în faza de testare. Unele dintre ele chiar s-au dovedit benefice, cel puţin la copii, însă, din cîte ştim, nu se folosesc nicăieri în Marea Britanie. Un medicament care să blocheze reacţia de tip IgE va fi în cele din urmă disponibil, dar nu în viitorul apropiat. S-au obţinut rezultate promiţătoare cu un tratament chinezesc din plante – dar numai la şoarecii de laborator pînă acum. Testele efectuate pe pacienţi cu alergie alimentară sînt în desfăşurare: din nou însă, singura speranţă este de a diminua reacţiile astfel încît expunerile accidentale la alimente să fie mai puţin periculoase. Din păcate, şansele unui tratament care să permită o dietă normală sînt foarte mici.

Alimentele şi urticaria de contact

Unii copii cu alergii alimentare vor reacţiona şi dacă alimentul incriminat le atinge pielea, manifestînd iritaţii ca de la urzică – aceasta se numeşte *urticarie de contact*.

Copiii cu eczemă atopică sînt în special predispuşi la urticarie de contact. Eczema lor poate fi o reacţie la un aliment (o reacţie întîrziată), dar ei manifestă şi o reacţie cutanată distinctă – iritaţie ca de la urzică – dacă ating anumite alimente sau îşi ating faţa cu ele în timp ce mănîncă (aceasta este o reacţie foarte rapidă). Alimentele implicate pot fi diferite! Mai multe pe această temă mai jos.

Scanned with OKEN Scanner

Adulţii atopici (predispuşi la alergii) pot manifesta acelaşi tip de reacţie doar în urma atingerii alimentului, în cazul unor fructe şi legume. În cazurile severe, pot apărea şi dificultăţi de respiraţie şi umflarea gîtului în acelaşi timp.

Adulţii, inclusiv cei care nu sînt în special vulnerabili la alergii, pot şi ei manifesta urticarii de contact la atingerea unor alimente, dacă au contacte zilnice prelungite cu ele. Se întîmplă frecvent în cazul persoanelor care manipulează alimente la locul de muncă – cei care lucrează în restaurante şi cantine, de exemplu, şi vînzătorii de sendviciuri. La fel se poate întîmpla şi cu lucrătorii de la grădinile zoologice, a căror slujbă include manipularea zilnică a hranei animalelor.

Urticaria de contact se datorează IgE şi mastocitelor şi este o reacţie deosebit de rapidă: ea apare şi dispare la fel de rapid, imediat ce contactul cu alimentul încetează (în mai puţin de 20 de minute). Cu toate acestea, dacă manipularea zilnică a alimentului nu este evitată, problema poate evolua mai tîrziu în *dermatită de contact proteică*, un tip diferit de reacţie imunitară ale cărei simptome nu dispar între perioadele de expunere. Genul acesta de iritaţie poate fi o problemă pe termen lung, iar persoanele care descoperă că au urticarie de contact din cauza expunerii la alimente la locul de muncă ar trebui să facă orice efort posibil pentru a se proteja – purtînd mănuşi, de exemplu, sau schimbîndu-şi locul de muncă.

Alimentele care cauzează frecvent urticaria de contact la copiii cu eczemă includ citricele, roşiile, extractul de drojdie, ouăle şi laptele.

Alimentele ce pot provoca urticarie de contact la personalul din restaurante sînt cartofii cruzi, peştele, carnea şi diferite fructe şi legume, în special roşiile.

Uneori, acelaşi aliment care provoacă urticarie de contact poate cauza şi o reacţie alergică dacă este consumat, însoţită de anafilaxie sau chiar şoc anafilactic. Această reacţie – care poate fi periculaosă – poate avea loc la copiii cu eczemă atopică, dar *nu* şi la adulţii care au dezvoltat urticarie de contact prin manipularea alimentelor la locul de muncă.

Faptul că un anumit aliment provoacă urticarie de contact la un copil cu eczemă atopică nu înseamnă neapărat că acelaşi aliment, atunci cînd este consumat, va agrava eczema atopică. Evitarea alimentului va opri urticaria de contact, dar nu va ameliora eczema atopică. Aici este implicat un mecanism imunitar diferit (vezi capitolul 6).

Majoritatea oamenilor cunosc alimentele care le provoacă urticarie de contact, deoarece reacţia este atît de rapidă şi evidentă. Dar este uneori nevoie şi de teste, mai ales la adulţii la care problema este legată de locul de muncă. Prospeţimea este importantă în testarea alergenilor, aşa că se va folosi *testul de dublă înţepătură*. Medicul va înţepa un fragment de aliment proaspăt, apoi va înţepa pielea pacientului (vezi p. 54).

Sensibilitatea alimentară poate avea efecte neaşteptate

Cînd era de vîrstă şcolară, Elizabeth suferea de urticarie care se manifesta doar pe vreme rece. Acesta este un tip de urticarie fizică (vezi p. 80), e considerată de medicina tradiţională ca neavînd nici o legătură cu alergiile alimentare. Din cauza urticariei, Elizabeth se simţea foarte rău iarna, manifestînd iritaţii care o mîncau groaznic şi care apăreau pe orice zonă expusă a corpului. Îi complica foarte mult viaţa, deoarece îi plăceau sporturile şi nu putea juca hockey, netball şi alte jocuri de iarnă în aer liber. Urticaria indusă de frig, cum se numeşte problema ei, poate fi un indiciu al unor probleme mai grave, însă testele medicale dovediseră că nu este şi cazul ei. Testul standard pentru urticaria indusă de frig este plasarea unui cub de gheaţă pe braţul pacientului timp de trei minute. Cînd medicul a încercat asta, Elizabeth a reacţionat cu urticarie pe braţ. Doar sub formă de experiment, medicul a decis ca ea să încerce o dietă de eliminare. După cinci zile în care a evitat alimentele pe care le consuma în mod obişnuit, ea nu a mai reacţionat la testul cu cubul de gheaţă. Dar după ce a reintrodus în dietă laptele şi, mai tîrziu, ouăle, a reacţionat la fel ca înainte. Evitînd aceste alimente în timpul iernii sau consumîndu-le doar ocazional, a scăpat de urticarie, ceea ce i-a permis să facă ceva ce nu credea că este posibil – să meargă în vacanţă la schi.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 5

Sindromul alergiei orale

Simţiţi furnicături sau mîncărimi pe limbă atunci cînd muşcaţi dintr-un măr? Suferiţi de alergie la polen la începutul primăverii, de obicei în aprilie, cu mult înainte ca ziarele şi televiziunea să înceapă să menţioneze sezonul alergiilor la polen sau să difuzeze concentraţiile de polen din aer? Dacă răspunsul este afirmativ la ambele întrebări, atunci aveţi un caz clasic de sindrom de alergie orală, o formă de alergie IgE la alimente.

Simptomele de alergie la polen de primăvară sînt foarte probabil o reacţie la polenul de mesteacăn. O mare parte din persoanele care suferă de alergie la polenul de mesteacăn (aproape 75%) vor reacţiona la mere proaspete. Aceasta se datorează unei *reacţii încrucişate* care are loc deoarece una dintre substanţele ce se găsesc în mod natural în mere este îndeajuns de asemănătoare cu una din polenul de mesteacăn pentru ca sistemul imunitar să le confunde şi să reacţioneze negativ la mere, lansînd o reacţie alergică de tip IgE împotriva lor. Astfel de reacţii încrucişate între polen şi alimente se datorează unor proteine antice, deosebit de răspîndite în regnul vegetal: multe dintre ele protejează plantele de insectele dăunătoare (vezi capitolul 2).

Piersicile, perele, prunele, cireşele şi chiar cartofii sînt de asemenea menţionate ca afectînd unele persoane cu alergie la polenul de mesteacăn. (Mai jos găsiţi o listă mai extinsă a reacţiilor încrucişate posibile.) Cu toate acestea, sensibilitatea la mere este cel mai des întîlnită.

Şi alte polenuri manifestă reacţii încrucişate cu fructele şi legumele, deşi nici unul dintre ele nu este atît de puternic în această privinţă aşa cum este polenul de mesteacăn. Un procent de pînă la 40% dintre persoanele care suferă de alergie la polen pot dezvolta şi sindromul de alergie orală. Simptomele acestei afecţiuni pot include:

- mîncărimi şi chiar înroşire şi umflare a buzelor, limbii şi interiorului cavităţii bucale;
- posibil o iritaţie în interiorul gurii, care poate fi sub formă de pete, bubiţe sau băşicuţe;
- furnicături în gură, în loc de mîncărime;
- mîncărime în interiorul urechilor;
- la unii pacienţi, umflare şi mîncărime în gît sau gît înroşit şi dureros;
- răguşeală;
- rareori durere sau disconfort la nivelul esofagului sau stomacului;
- foarte rar, arsuri de stomac, greaţă şi vomă.

Dacă ignoraţi simptomele de la nivelul cavităţii bucale şi mîncaţi o porţie întreagă din alimentul incriminat, atunci veţi putea suferi simptome generalizate mai tîrziu, cum ar fi urticarie, rinită sau astm.

Trebuie să vă îngrijoreze sindromul de alergie orală? Care sînt previziunile pe termen lung? Pe scurt – foarte bune, nu trebuie să vă îngrijoraţi deloc. Deşi aceasta este o reacţie produsă de IgE şi bazofile sau mastocite (vezi capitolul 4), rareori scapă de sub control, iar

Scanned with OKEN Scanner

pentru multe persoane riscurile ca reacţia să devină mai severă sînt foarte mici. (Cu toate acestea, atunci cînd simptomele tipice sindromului de alergie orală sînt declanşate de alimente precum alunele, creveţii sau ouăle, mai degrabă decît de fructe sau legume, *riscul ca reacţia să progreseze spre un răspuns sistemic mult mai sever este mult mai mare*.)

Pentru majoritatea celor care suferă de alergie la polen, reacţiile încrucişate ale polenurilor cu alimentele sînt foarte uşoare, nu se înrăutăţesc semnificativ şi afectează doar cavitatea bucală. Consideraţi aceste simptome ca fiind avertismente şi evitaţi alimentul respectiv pe cît posibil, însă nu vă neliniştiţi. Singurele motive de îngrijorare trebuie să apară dacă:

- Alimentul în cauză este ţelina, deoarece poate produce o umflare a gîtului care să ducă la sufocare;
- Alimentele incriminate sunt nucile sau alunele ori sunt non-vegetale (vezi mai sus);
- Simptomele manifestate la consumul alimentului s-au înrăutăţit treptat;
- Aţi suferit vreodată o umflare pronunţată a buzelor, limbii ori gîtului sau orice dificultate de respiraţie.

Se recomandă o mai mare atenţie în caz că suferiţi şi de astm: combinaţia de alergie alimentară şi astm poate fi foarte periculoasă (vezi capitolul 4). Dacă sînteţi astmatic şi începeţi să vă simţiţi ciudat după ce aţi mîncat un anumit aliment (aveţi furnicături sau mîncărimi ale gurii sau limbii), atunci staţi aproape de un telefon pentru cel puţin o oră, ca să puteţi suna după ajutor în caz de nevoie. În cea mai mare parte din cazuri, simptomele dispar şi nu se mai întîmplă nimic. În cazul acesta, evitaţi consumul alimentului respectiv pe viitor. În caz că mai apar simptome, nu ezitaţi să solicitaţi ajutor medical.

Studiile efectuate în America de Nord au arătat că simptomele sindromului de alergie orală la persoanele alergice la polen de ambrozie se agravează adesea *după* sezonul polenului. Aceasta se datorează probabil nivelurilor ridicate de anticorpi IgE rămaşi după încheierea sezonului de polen, în timp ce acţiunea mecanismelor supresoare – care ţin în frîu simptomele de alergie în timpul sezonului polenului – s-a redus.

Simptome mai severe datorate reacţiilor încrucişate cu polenul

Nu toate reacţiile încrucişate dintre polen şi un aliment au ca rezultat simptomele uşoare ale sindromului de alergie orală. Uneori poate avea loc o reacţie deosebit de violentă, cum este cea la ceaiul de muşeţel descrisă la p. 96. Sensibilitatea la alimente ce reacţionează încrucişat poate fi uneori atît de pronunţată, încît nu este necesar ca ele să fie mîncate pentru a provoca simptome. De exemplu, unii pacienţi cu alergie la polenul de mesteacăn nu pot să curețe nici măcar un cartof fără a reacţiona la el. O femeie cu alergie la polenul de larbă suferea de astm, ochi înroşiţi şi îi curgea nasul doar la mirosul de sfeclă mangold fiartă.

Alimentele implicate în sindromul de alergie orală

O listă mai detaliată a reacţiilor încrucişate de la polen la aliment este dată mai jos, cuprinzînd cel mai frecvent întîlnite alimente incriminate la începutul fiecărei liste. De reţinut este că se descoperă noi reacţii încrucişate în mod regulat, deci lista nu este nici pe departe completă. Este dată perioada din an în care polenul se găseşte în aer în Marea Britanie, ca un reper general pentru cei ce nu ştiu sigur care tip de polen stă la originea alergiei lor. Fiecare sezon începe un pic mai devreme în comitatele din sud şi mai tîrziu în Scoţia. (De asemenea, sezonul polenului începe mai devreme acum, ca urmare a schimbărilor climaterice.)

Scanned with OKEN Scanner

Mesteacăn (*aprilie – mai*)
Mere, pere, piersici, caise, cireşe, prune, nectarine, prune uscate, kiwi (agrişe chinezeşti), morcovi, ţelină, cartofi, ardei, fenicul, pătrunjel, coriandru, păstîrnac, alune de pădure, migdale, spanac, grîu, hrişcă, alune, nuci.
Alun (*februarie – aprilie*)
Alune de copac, alune de pădure.
Anin (*februarie – aprilie*)
Ţelină, pere, mere, migdale, cireşe, alune de pădure, piersici, pătrunjel.
Iarbă (*mai – iulie, cu punctul culminant la începutul lui iunie*)
Piersici, ţelină, pepene, roşii, portocale, sfeclă mangold, grîu.
Pelin negru (*iulie – septembrie; nu este o cauză comună de alergie la polen în Marea Britanie, spre deosebire de Europa de Sud*)
Ţelină, diferite condimente, pepene, mere, kiwi, alune, fenicul, morcovi, pătrunjel, ceai de muşeţel, coriandru, floarea-soarelui, ardei dulce.
Rotoţele (*iunie – septembrie; nu este o cauză comună de alergie la polen în Marea Britanie, spre deosebire de Europa de Sud*)
Cireşe, pepene.
Ambrozie (*iunie – septembrie; planta ce cauzează alergie la polen în America de Nord, acum naturalizată şi în unele părţi ale Marii Britanii şi Europei, deşi încă rară*)
Banane, seminţe de floarea-soarelui, pepene (verde, galben), dovlecei, castraveţi, păpădie, ceai de muşeţel.
Pin (*aprilie – mai*)
Seminţe de pin.

Unele persoane reacţionează la o combinaţie tipică de alergeni: de exemplu, polen de pelin negru, ţelină şi condimente, sau polen de mesteacăn, mere, pere, alune de pădure şi kiwi.

Gătiți merele

Alergenii implicaţi de obicei în sindromul de alergie orală pot fi descompuşi cu uşurinţă prin preparare termică. Căldura îi modifică atît de mult, încît sistemul imunitar nu-i mai poate identifica. Aceasta este explicaţia faptului că merele gătite sînt aproape întotdeauna tolerate de persoanele sensibile la mere. Alergenii sînt de asemenea descompuşi cînd ajung în stomac, de aceea provoacă simptome locale doar la nivelul cavităţii bucale la cele mai multe persoane.

Mulţi dintre ceilalţi alergeni implicaţi în sindromul de alergie orală – deşi nu toţi – sînt distruşi prin preparare termică. Deshidratarea îi poate, de asemenea, distruge, astfel mulţi indivizi cu simptome la smochinele proaspete pot mînca smochine uscate. Chiar şi depozitarea poate fi uneori de ajutor. Aşadar este indicată o experimentare atentă în ceea ce priveşte versiunile gătite, conservate, deshidratate, depozitate sau congelate şi decongelate ale alimentului incriminat.

Un măr pe care să-l puteți mînca?

Unele varietăţi de mere conţin o cantitate mult mai mare din proteina care cauzează sindromul de alergie orală decît altele. Golden Delicious este bogată în această proteină. O invenţie binevenită este o nouă varietate de mere, numită Santana, care conţine mult mai puţină proteină alergenă. Degustările efectuate pe această varietate

Scanned with OKEN Scanner

de mere sînt încurajatoare. Au dovedit pînă acum că majoritatea persoanelor cu sensibilitate la polenul de mesteacăn, care suferă de mîncărimi sau furnicături ale limbii cînd mănîncă mere proaspete, pot tolera această varietate.

Poate fi vindecat sindromul de alergie orală?

Tratamentul medicamentos al alergiei la polen este rareori de ajutor în ameliorarea reacţiilor la alimente. Însă imunoterapia (numită şi „injecţii pentru alergii" în SUA) pentru alergia la polen, pe lîngă micşorarea intensităţii simptomelor alergice ale nasului şi ochilor, poate reduce şi simptomele sindromului de alergie orală apărut la consumul asociat de fructe şi legume. Imunoterapia funcţionează prin expunerea organismului la o doză crescătoare de alergen, începînd cu o cantitate infimă – asta poate convinge sistemul imunitar să tolereze alergenul în loc să reacţioneze violent împotriva lui.

Din nefericire, este dificil să beneficiaţi de imunoterapie în Marea Britanie, deoarece există atît de puţine clinici de alergologie. Tratamentul acesta extrem de eficient este administrat sub formă de injecţii subcutanate. Există însă şi o nouă metodă alternativă prin care se plasează extracte de alergen (de exemplu, polen de mesteacăn) sub limbă, în loc să fie injectate. Metoda se numeşte imunoterapie sublinguală sau SLIT. Sînt disponibile în prezent cursuri de imunoterapie sublinguală în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, prin intermediul medicilor de familie. Un dezavantaj al SLIT (cel puţin în cazul alergenului de polen de mesteacăn) este că unii pacienţi suferă simptome la nivelul tractului digestiv în timpul tratamentului, ca efecte secundare. Ele ar putea fi mai severe în cazul pacienţilor cu Sindrom de alergie orală – nu există încă dovezi în acest sens. Nu se ştie nici dacă SLIT cu alergeni de polen va reduce simptomele sindromului de alergie orală în acelaşi mod în care o face imunoterapia prin injecţii.

Legătura cu eczema

În ultimii ani, cercetările în domeniul medicinei au scos la iveală o serie fascinantă de conexiuni între alergia la polen şi eczema atopică, care implică reacţii încrucişate şi multe dintre alimentele care au un rol şi în sindromul alergiei orale.

Se pare că pacienţii cu alergie la polenul de mesteacăn, care suferă şi de eczemă atopică, manifestă adesea o deteriorare cutanată atunci cînd mănîncă mere (sau alte alimente vegetale care reacţionează încrucişat cu mesteacăn). Reacţia cutanată este mult mai întîrziată decît reacţiile bucale tipice din sindromul alergiei orale.

Una dintre trăsăturile reacţiei cutanate a fost iniţial inexplicabilă: prepararea termică a merelor elimina simptomele bucale (vezi mai sus), dar nu reducea reacţiile eczemei.

O serie de experimente efectuate de o echipă de cercetători de la Universitatea de medicină din Viena, sub îndrumarea Dr. Barbara Bohle, a găsit explicaţia. Ei au dovedit că epitopi diferiţi (trăsăturile prin care sînt recunoscuţi antigenii – vezi p. 32) sînt implicaţi în reacţia bucală şi în reacţia eczemică. În timp ce simptomele de la nivelul cavităţii bucale se datorează unei reacţii de tip IgE, cele cutanate eczematoase sînt cauzate de o reacţie celulară – genul de reacţie imunitară produsă de celulele T (vezi p. 34). Celulele de tip T recunosc epitopi diferiţi de anticorpii IgE. În timp ce prepararea termică a alergenului distruge epitopii recunoscuţi de anticorpii IgE, nu îi distruge şi pe cei recunoscuţi de celulele de tip T.

Scanned with OKEN Scanner

Un pacient adult consultat recent la Londra a prezentat o altă variaţie la acest scenariu complex. La testele sangvine pentru depistarea gamei standard de anticorpi IgE specifici, rezultatele au arătat un nivel foarte ridicat de IgE împotriva polenului de mesteacăn. Totuşi, pacientul nu suferise pînă atunci de alergie la polen. Nici nu avea simptome care să semene cu cele specifice sindromului de alergie orală. Cu toate acestea, avînd în vedere descoperirile recente despre legăturile dintre polenul de mesteacăn, fructe şi eczemă, s-a încercat – doar sub formă de experiment – eliminarea merelor din dieta pacientului, împreună cu alte alimente care reacţionează încrucişat cu mesteacăn (vezi mai sus). Eczema atopică s-a ameliorat substanţial ca urmare a noii diete şi a revenit când a reînceput să consume alimentele respective.

Studiile efectuate în Suedia sugerează că urticaria cronică s-ar putea, de asemenea, datora unor alimente precum merele, la unii copii cu alergie la polenul de mesteacăn. Acelaşi lucru poate fi valabil şi la adulţi, însă studiile s-au centrat doar pe copii pînă în prezent.

Legătura cu SCI

Unii pacienţi consultaţi în Marea Britanie, cu alergie la polenul de mesteacăn şi sindrom de alergie orală, raportează că, deşi pot mînca mere gătite fără a avea simptome bucale, au observat că a doua zi manifestă întotdeauna dureri abdominale, gaze şi diaree.

Cercetările suedeze arată că unii pacienţi cu alergie la polenul de mesteacăn raportează diaree, balonare, gaze şi dureri după ce consumă mere sau alte alimente care cauzează sindromul de alergie orală. (Cercetătorii nu precizează dacă merele gătite au fost cele care au produs simptomele, dar pare probabil. Toţi pacienţii aveau simptome marcante de sindrom de alergie orală şi pare improbabil ca ei să fi mîncat o porţie substanţială de mere negătite.)

Pacienţi cu alergie la polenul de mesteacăn, sindrom de alergie orală şi sindromul de colon iritabil (SCI) sînt adesea depistaţi şi în Londra. Ca experiment, sînt întotdeauna rugaţi să evite pentru o vreme merele preparate termic şi versiunile gătite ale altor alimente asociate cu polenul de mesteacăn. La unii dintre ei, evitarea fructelor şi legumelor asociate cu SAO poate conduce la o ameliorare a simptomelor specifice SCI.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 6

Reacţiile la alimente în eczema atopică, astm şi rinita alergică

Capitolul de faţă are ca temă eczema atopică, astmul alergic şi rinita alergică (plus otita medie şi sinuzita cronică, atunci cînd sînt legate de rinita alergică). Toate aceste afecţiuni se întîlnesc de regulă la persoanele predispuse la alergie IgE (atopice). La anumiţi pacienţi cu aceste afecţiuni, dar în nici un caz la toţi, reacţiile de sensibilitate alimentară pot fi unul dintre factori.

Totuşi, nu este vorba de reacţia alimentară clasică, de tip IgE. Pe de o parte, reacţia la aliment nu survine prompt în urma consumului, aşa cum se întîmplă în alergiile alimentare clasice. Testele cutanate cu extracte de aliment şi testele sangvine pentru IgE specifici alimentelor (vezi capitolul 3) nu îi ajută întotdeauna pe pacienţi să identifice alimentele incriminate.

Caracterul lent al reacţiei la aliment şi faptul că testele alergice obişnuite sînt adesea negative au făcut ca astfel de reacţii de sensibilitate alimentară să fie foarte greu acceptate de medici în trecut. Din fericire pentru pacienţi, situaţia s-a schimbat. Însă nu toate persoanele cu aceste simptome obţin beneficii de pe urma investigării dietelor. Reacţiile lente la alimente necesită o dietă de eliminare pentru diagnostic, care încă nu este o abordare populară pentru majoritatea medicilor, din mai multe motive de natură practică. Cu toate acestea, pacientul (sau părintele) motivat şi inteligent poate efectua investigaţiile necesare pe cont propriu, cu condiţia să cunoască bine riscurile şi să fie sub supraveghere medicală permanentă.

Eczema atopică

Eczema este un termen adesea folosit cu prea mare uşurinţă pentru a denumi o varietate de afecţiuni ale pielii. În sens strict, înseamnă o iritaţie foarte roşie şi pruriginoasă la început, care apoi se calmează, dar îşi schimbă aspectul pe măsură ce evoluează. În timp, pielea se poate îngroşa şi întări. Scărpinatul este reacţia naturală la mîncărimile intense şi este de regulă factorul care cauzează iritaţia. Bacteriile, mai ales *Staphylococcus aureus*, pot infecta zonele înroşite ale pielii şi înrăutăţi situaţia.

Eczema atopică este o formă de eczemă cel mai adesea întîlnită la copii care provin din familii cu predispoziţie la alergii IgE (familii atopice). Medicii folosesc frecvent termenul *dermatită atopică* în loc de eczemă atopică, prescurtat AD. Acesta este termenul preferat în SUA, deci cel mai des întîlnit pe site-urile Web.

O trăsătură care deosebeşte eczema atopică de alte forme de eczemă este distribuţia pe suprafaţa corpului. Petele roşii pruriginoase apar de obicei mai întîi pe faţă, la bebeluşi, în special pe obraji şi bărbie. În timp, pielea feţei se vindecă şi, la unii copii, acesta este şi

finalul eczemei. Dar la alţii, iritaţia apare pe corp, în cele din urmă stabilindu-se în pliurile pielii din spatele genunchilor şi din partea anterioară a coatelor. În cazurile severe, iritaţia poate acoperi tot corpul.

Eczema atopică este în principal o boală a copilăriei, deşi există şi cazuri rare de debut la vîrstă adultă. Aproximativ trei sferturi din copiii afectaţi dezvoltă boala înainte de a împlini un an, iar cea mai mare parte în primele şase luni de viaţă. Boala are tendinţa de a se manifesta episodic şi de cele mai multe ori dispare înainte de vîrsta adultă, deşi unii indivizi ghinionişti continuă să sufere în cea mai mare parte a vieţii.

Sînt alimentele un factor în eczema atopică?

Cea mai mare parte a acestei secţiuni se referă la eczema atopică a copiilor şi care este reactivă la alimente, deoarece este mult mai comună decît cea a adulţilor. Adulţii cu eczemă atopică pot încerca investigarea sensibilităţilor alimentare cu ajutorul unei diete prin eliminare, deşi trebuie să fie conştienţi că şansele ca ea să le fie de ajutor sînt foarte mici (vezi p. 120).

Experimentele ştiinţifice arată că, în cazul a 40% dintre copiii cu eczemă atopică moderată spre severă, sensibilitatea alimentară are un rol în producerea simptomelor cutanate. Cercetările mai recente desfăşurate în Finlanda, care au folosit o procedură de testare inovatoare pentru diagnosticarea acestei probleme (vezi mai jos), sugerează că procentul s-ar putea ridica la 70% în rîndul copiilor foarte mici şi al bebeluşilor cu eczemă atopică severă.

În ciuda acestor rezultate, care sînt însoţite de o bază ştiinţifică de mare credibilitate, puţini medici au în vedere sensibilitatea alimentară în diagnosticarea şi tratarea eczemei atopice. Dermatologii, în particular, au tendinţa de a considera eczema în termeni de piele uscată, nu de reacţii de sensibilitate. Este adevărat că pielea uscată este o parte fundamentală a eczemei atopice, care trebuie tratată eficient, dar şi sensibilitatea alimentară îşi are rolul ei. Puţini copii sînt vindecaţi complet doar prin modificarea dietei, însă se poate produce o îmbunătăţire substanţială şi de durată care influenţează pozitiv viaţa copilului. Copiii cu eczemă severă sînt cei care au parte de cele mai mari beneficii.

Aşadar, dacă doriţi să investigaţi posibilitatea sensibilităţii alimentare, s-ar putea să fie nevoie să preluaţi iniţiativa. Cu toate acestea, există numeroase capcane în acest proces care *poate, în multe feluri, să fie periculos pentru copil*. Deci, trebuie să vă informaţi bine înainte de a începe şi să fiţi extrem de sistematic şi atent în abordare.

Veţi avea nevoie de sprijinul medicului în investigarea rolului alimentelor. *Nu încercaţi să acţionaţi pe cont propriu, deoarece chiar există riscuri.*

Dacă dovediţi că abordaţi problema într-un mod raţional şi responsabil, atunci veţi obţine sprijinul de care aveţi nevoie. Cunoaşterea a cît mai multor lucruri posibil despre sensibilitatea alimentară şi eczemă înainte de a sta de vorbă cu medicul şi abordarea primei discuţii cu tact şi diplomaţie vă vor ajuta să obţineţi susţinerea de care aveţi nevoie în investigarea reacţiilor alimentare în condiţii de siguranţă şi eficienţă.

Ouăle şi eczema

Richard suferea de eczemă de cînd avea doar două luni, iar la opt ani încă mai avea nevoie de cremă cu corticosteroizi pentru a menţine mîncărimea sub control. Din moment ce nu părea să scape de eczemă odată cu înaintarea în vîrstă, mama lui a întrebat medicul dacă ar putea să încerce să-i schimbe dieta, pentru a vedea ce efecte ar putea avea. I s-a spus să evite ouăle, laptele şi produsele lactate ca prim pas, ceea ce a şi făcut. În mai puţin de o săptămînă, eczema lui Richard dispăruse şi nu a

Scanned with OKEN Scanner

reapărut nici măcar la întreruperea tratamentului cu corticosteroizi. Richard s-a simţit bine şi după ce laptele i-a fost reintrodus în dietă, dar la 24 de ore după reintroducerea ouălor a început să se scarpine rău. Eliminînd ouăle, a reuşit să scape de eczemă.

Înţelegerea legăturilor dintre alimente şi eczema atopică

Atunci cînd reacţiile alimentare contribuie la simptomele de eczemă atopică, problema e de obicei provocată de un aliment consumat în mod regulat, adesea ouă sau laptele de vacă. Grîul, soia şi alunele sînt alte alimente frecvent incriminate. Dar cazurile copiilor variază şi poate fi vorba de un alt aliment sau chiar de mai multe.

Nu va fi neapărat evident din traiul cotidian care sînt alimentele-problemă. Alimentul incriminat poate fi un ingredient folosit în multe mîncăruri preparate, consumat deci pe tot parcursul zilei, adesea în forme deghizate. În plus, intervine şi o întîrziere de ore, uneori chiar de zile, între consumul alimentului şi manifestarea simptomelor cutanate. Această combinaţie – reacţii întîrziate plus consumul regulat al alimentului – înseamnă că efectul unei mese se combină cu efectul mesei următoare, ceea ce face imposibil de observat legătura dintre aliment şi simptome. În afară de asta, mai sînt şi toţi ceilalţi factori care contribuie la eczemă – scărpinatul, agenţii iritanţi din haine, alergenii din aer, porţiuni infectate ale pielii, stres şi aşa mai departe. Ei sporesc confuzia situaţiei şi fac imposibilă identificarea majorităţii sensibilităţilor alimentare fără o muncă atentă de detectiv.

Munca de detectiv constă fie în teste, fie într-o dietă de diagnosticare prin eliminare. Din nefericire, s-ar putea dovedi dificil să obţineţi testele medicale de care aveţi nevoie. Dacă sînteţi trimis la un specialist, vi se vor face teste cutanate sau sangvine, care vor identifica unele dintre sensibilităţile alimentare – cele care implică o reacţie IgE. Altele, care nu au de-a face cu anticorpii IgE, nu vor fi diagnosticate prin această metodă. Tipul de test necesar pentru a depista ambele feluri de sensibilitate alimentară (testarea dublă, cu teste cutanate şi teste cu compresă în acelaşi timp) încă este experimental în Marea Britanie şi probabil nu va fi disponibil prin intermediul sistemului naţional de sănătate sau în domeniul privat.

S-ar putea să vedeţi reclame la alte tipuri de teste, disponibile în comerţ, cum ar fi testele pentru anticorpi IgG la alimente, teste citotoxice sau testarea electrodermală, care nu au însă nici o valoare – unele măsoară un factor relevant, dar sînt prea puţin precise pentru a fi de folos, în timp ce altele nu identifică deloc sensibilităţile alimentare (vezi pp. 61-72).

Care sînt cauzele sensibilităţii alimentare în eczema atopică?

Reacţiile de sensibilitate alimentară (ca şi toate reacţiile imunitare) în eczema atopică sînt extrem de complicate. Dacă nu vă place ştiinţa, săriţi acest tabel!

Aici vom vorbi despre reacţiile care produc iritaţia eczematoasă, nu despre reacţiile mai imediate de tip IgE la alimente, cauzînd simptome pe care unii copii cu eczemă atopică le manifestă pe lîngă cele obişnuite (vezi p. 107).

Există tipuri diferite de reacţii imunitare în eczema atopică, fiecare dintre ele sporind inflamaţia cutanată iniţială. Importanţa relativă a acestor reacţii variază de la un pacient la altul.

Mai mult decît atît, reacţiile se schimbă odată cu trecerea timpului. Modul în care sistemul imunitar reacţionează la alergen într-o nouă porţiune eczematoasă (*leziune eczematoasă acută*) nu este acelaşi ca în cazul unei arii mai vechi de piele eczematoasă (*leziune eczematoasă cronică*).

Ştim în prezent că o parte importantă a reacţiei la alimente (sau oricare alţi alergeni) în eczema atopică implică *imunitatea celulară*. Cu alte cuvinte, există celule T specifice

Scanned with OKEN Scanner

alimentelor la nivelul pielii care pot provoca inflamaţii şi care recunosc alergenul datorită propriului aparat încorporat de detecţie, neavînd nevoie de un anticorp care să le ajute să identifice alimentul (vezi p. 34). Reacţiile celulare au tendinţa de a produce reacţii imunitare întîrziate cu efecte prelungite.

Acesta este un tip diferit de reacţie faţă de reacţia mediată de IgE şi mastocite care cauzează simptome imediate precum urticaria, mîncărimile bucale şi umflarea buzelor. Dar pacienţii cu eczemă atopică au şi ei anticorpi IgE împotriva alimentelor. De fapt, testele sangvine pentru IgE specifici arată foarte adesea niveluri crescute faţă de alimente (şi de alţi alergeni) la copiii cu eczemă atopică. Rezultatele pozitive indică doar faptul că organismul fabrică IgE împotriva alimentelor, şi nu că alimentul joacă un rol în cadrul eczemei. Alimentele testate pozitiv pot spori simptomele de eczemă – sau nu.

Atunci cînd anticorpii IgE specifici alimentelor *joacă* un rol, poate avea loc o reacţie care implică IgE specifici alimentelor şi bazofilele din sînge, ceea ce face ca nivelul histaminelor din sînge să crească brusc dacă alimentul incriminat este mîncat. (Bazofilele sînt mai mult sau mai puţin echivalentul mastocitelor, dar se găsesc doar în sînge.)

Histaminele suplimentare din sînge duc la înrăutăţirea inflamaţiei. Reacţia alergică din sînge alertează şi eozinofilele, un grup de celule imunitare agresive care sînt apoi atrase în ariile noi (acute) de eczemă.

Dar în pielea eczematoasă, IgE specifici alimentelor adesea conlucrează cu alte celule imunitare, nu cu mastocite. De exemplu, se pot ataşa la *celule prezentatoare de antigen* (CPA), a căror funcţie este să alerteze celulele T specifice alimentelor (vezi mai sus) să acţioneze împotriva antigenului alimentar. Cu IgE ataşaţi de ele, celulele CPA sînt mai uşor excitabile şi alertează celulele T, precum şi alte elemente ale sistemului imunitar, pentru a lupta mai agresiv, intensificînd inflamaţia.

Este de reţinut că, la copiii cu eczemă atopică, reacţia clasică mediată de IgE şi mastocite împotriva alimentelor poate avea şi ea loc, de exemplu, la nivelul cavităţii bucale atunci cînd alimentul este mîncat, ducînd la anafilaxie sau la *urticarie de contact* atunci cînd anumite alimente vin în contact cu pielea. Alimentele care provoacă astfel de reacţii pot fi diferite de cele care produc simptomele de eczemă.

Alergiile alimentare imediate la copiii cu eczemă atopică

Unii copii cu eczemă atopică manifestă, de asemenea, reacţii imediate la anumite alimente, cu simptome cum ar fi urticaria de contact acolo unde pielea este atinsă de aliment, urticarie acută generalizată (pe tot corpul) sau alte simptome de alergie alimentară clasică, atunci cînd alimentul este consumat (vezi capitolul 4).

Poate părea surprinzător, dar faptul că un aliment provoacă urticarie, umflarea buzelor sau anafilaxie la un copil nu înseamnă neapărat că acelaşi aliment, atunci cînd este mîncat, îi va înrăutăţi eczema atopică. Există tipuri diferite de reacţii imunitare (vezi p. 106). Evitarea alimentului va opri urticaria şi alte reacţii imediate, însă nu va ameliora eczema atopică.

Cercetările recente arată că astfel de crize de urticarie acută pot fi mult reduse la copiii mici cu dermatite atopice prin administrarea de antihistamine de două ori pe zi (vezi p. 85).

Merită efortul dieta prin eliminare?

O *dietă de diagnosticare prin eliminare* (o vom numi dietă prin eliminare de acum înainte) presupune multă muncă şi poate afecta viaţa normală, deoarece trebuie să fiţi extrem de atent la tot ce mănîncă copilul. Fiecare înghiţitură contează.

Scanned with OKEN Scanner

O dietă prin eliminare ţinută fără grija şi atenţia cuvenite este o pierdere de vreme, aşa că trebuie să vă gîndiţi foarte bine dacă doriţi să treceţi prin acest proces. În cazul unui copil mic, asiguraţi-vă că aveţi acordul *tuturor* celor care au grijă de el, deoarece vor trebui să se implice în mod responsabil şi entuziast, altfel întregul efort nu va avea nici un sens. Un singur biscuit sau o firimitură de prăjitură de la o persoană binevoitoare care crede că „Nu-i aşa de mult, n-are importanţă" poate compromite întregul proces.

Dacă eczema copilului este relativ uşoară sau destul de bine controlată de tratamentul actual, aţi putea considera că investigarea sensibilităţilor alimentare nu merită efortul. Dar dacă copilul are eczemă severă, care nu răspunde la tratament, atunci probabil se merită – copiii cu eczeme atopice severe au cel mai mult de cîştigat.

Care este probabilitatea ca alimentele să fie implicate? Următoarele semne nu sînt total garantate, dar sporesc probabilitatea ca sensibilitatea alimentară să joace un rol:

- la un bebeluş, colici, vomă sau diaree; pot să apară mai devreme decît eczema atopică sau în acelaşi timp;
- la un bebeluş sau un copil, eczema severă poate debuta foarte devreme – înainte de vîrsta de şase luni;
- la un copil, probleme digestive cum ar fi balonarea persistentă, dureri de stomac, vomă şi/sau diaree;
- o respingere categorică faţă de anumite alimente; chiar dacă copilul nu mănîncă niciodată alimentul în sine (de exemplu, ouăle), din cauza aversiunii faţă de aliment, ar putea reacţiona la cantităţi mici ce se găsesc sub formă de ingredient în alimente gătite sau preambalate (de exemplu prăjituri);
- la copiii mai mari, simptome precum dureri de cap sau migrene, diaree sau sindromul de colon iritabil, dureri musculare sau articulare, oboseală şi stare generală proastă;
- dovezi clare că un anumit aliment agravează eczema: dacă există o sensibilitate la un aliment, atunci poate exista şi la altul, dar nu a fost încă observată.

Dacă un bebeluş de pînă la un an are eczemă atopică, probabil este recomandată investigarea posibilului rol jucat de alimente chiar şi *fără* prezenţa semnelor de mai sus. Dacă un copil mai mare de un an manifestă oricare dintre semnele de mai sus, este indicată investigarea sensibilităţilor alimentare, dar nu vă autoconvingeţi dinainte că alimentele sînt de vină, deoarece trebuie să păstraţi o atitudine obiectivă în timpul dietei.

Merele provoacă mîncărimi sau furnicături în cavitatea bucală?

Alergia la polenul de mesteacăn poate fi însoţită de simptome bucale atunci cînd se consumă mere, morcovi cruzi, ţelină sau alte fructe şi legume – sindromul alergiei orale. Pacienţii cu aceste simptome pot tolera, în general, aceleaşi fructe şi legume preparate termic. Cu toate acestea, poate avea loc o reacţie întîrziată la fructele/legumele gătite care poate duce la agravarea eczemei atopice (vezi capitolul 5).

Acelaşi efect se poate produce şi în cazul altor polenuri, împreună cu fructele şi legumele asociate, însă nu s-au efectuat studii în acest sens încă.

Teste indirecte pentru depistarea sensibilităţilor alimentare în eczema atopică

Există o nouă procedură de testare ce poate fi de folos în identificarea eczemei atopice reactive la alimente în cazul copiilor şi bebeluşilor, dar, în Marea Britanie, vă puteţi considera foarte norocos dacă găsiţi un medic care să o practice. Metoda a fost concepută

Scanned with OKEN Scanner

de un grup de medici din Finlanda, sub îndrumarea prof. Erika Isolauri. Procedura implică folosirea a două tipuri de teste cutanate şi combinarea rezultatelor (vezi pp. 57-58). Reacţiile omise de un test sînt adesea identificate de celălalt, astfel, prin analizarea ambelor tipuri de teste, sînt omise doar 10-20% dintre reacţii. Avînd în vedere toate informaţiile recente în legătură cu reacţiile imunitare specifice eczemei atopice, dezvăluirea naturii lor complexe şi variate (vezi p. 106) prin utilizarea ambelor tipuri de teste este o abordare binevenită.

Ambele teste omit numeroase sensibilităţi alimentare (adică dau numeroase rezultate negative false), însă dau şi destul de multe rezultate *pozitive false* – adică un test pozitiv pentru un aliment care nu provoacă manifestări ale eczemei atunci cînd este consumat. De aceea rezultatele testelor cutanate trebuie confirmate prin *teste de provocare alimentară* (vezi mai jos) folosind, pe rînd, fiecare dintre alimentele incriminate.

În cazul copiilor mai mari, testele cutanate folosite singure sînt mai utile decît în cazul bebeluşilor, deoarece par a da mai puţine rezultate negative false (deşi tot dau numeroase rezultate pozitive false – doar o treime din rezultatele pozitive corespund în realitate unor reacţii alimentare).

Diete de diagnosticare

În absenţa testelor, dacă doriţi să diagnosticaţi sensibilitatea alimentară, va trebui să urmaţi o dietă prin eliminare. Aceasta este o *dietă de diagnostic* în cadrul căreia copilul va evita toate alimentele potenţial incriminate, pentru a vedea dacă eczema atopică se ameliorează. Dacă are loc ameliorarea, alimentele sînt apoi reintroduse, unul cîte unul, urmărindu-se reapariţia simptomelor cutanate. Procedura detaliată pentru dieta de eliminare în eczema atopică la copii este descrisă la pp. 113-116. Procedura pentru un bebeluş care este încă alăptat este dată la p. 118. Înainte de a încerca o dietă însă, ar fi bine să citiţi în întregime aceste capitol despre eczema atopică reactivă la alimente *şi* să-i cereţi părerea medicului dumneavoastră. Ţinînd cont de diferitele riscuri pentru copii pe care le presupune acest tip de dietă, trebuie să urmaţi îndeaproape sfatul medicului.

Testele de provocare alimentară

Aceste teste se efectuează la finalul unei diete de eliminare şi sînt esenţiale pentru identificarea alimentelor-problemă. Cu toate acestea, vom discuta despre ele acum, deoarece pot exista anumite alimente pe care copilul dumneavoastră s-ar putea să le evite deja, fiind suspecte că îi cauzează eczema atopică. Este bine să testaţi aceste alimente foarte atent, înainte de a vă angaja la o dietă prin eliminare în toată regula. De aceea vom descrie mai întîi procesul de testare.

Respectarea condiţiilor de siguranţă

Nu uitaţi că testarea alimentelor la copii poate fi uneori periculoasă – dar puteţi evita eventualele pericole printr-o bună informare şi multă atenţie. O reacţie alergică puternică precum *şocul anafilactic* se manifestă la *foarte puţini copii* cu eczemă atopică atunci cînd testează alimente la care sînt sensibili, în special dacă n-au mai mîncat acel aliment de ceva vreme. Şocul anafilactic poate ucide, chiar foarte rapid (vezi capitolul 4).

Copiii care prezintă risc de şoc anafilactic trebuie testaţi *numai* sub supraveghere medicală, cu echipament de resuscitare disponibil. (Pentru a obţine acest gen de susţinere

Scanned with OKEN Scanner

medicală, va trebui să fiţi luat în evidenţa unui specialist, fie pediatru, fie alergolog.) Iată semnele care indică nevoia unor măsuri speciale de siguranţă:

- copilul a suferit uneori simptome imediate care i-au afectat buzele sau gura (furnicături, mîncărimi, umflare etc.) după consumarea anumitor alimente (nu neapărat cele pe care urmează să le testaţi – dacă aţi remarcat acest tip de reacţii la orice aliment, atunci nu este recomandat să testaţi alimentele acasă);
- copilul a vomat uneori imediat după ce a mîncat anumite alimente (şi nu din cauza unei infecţii);
- copilul a reacţionat uneori la anumite alimente prin urticarie; poate fi vorba de o reacţie provocată de contactul direct cu pielea sau de consumul alimentului (caz în care reacţia se poate manifesta oriunde în organism);
- copilul a avut rezultat pozitiv la testul cutanat (vezi p. 52) cu un anumit aliment;
- există o predispoziţie pronunţată la alergii în familie – alergii severe la unul din părinţi, fraţi sau surori;
- copilul are astm.

Chiar dacă nici unul dintre semnele de mai sus nu se aplică, tot există riscul de reacţii nocive la alimentele testate. *Aşadar, trebuie să aveţi permisiunea medicului înainte de a efectua testări acasă.* Există anumite precauţii pe vi le puteţi lua şi care vor fi descrise mai tîrziu. Faptul că le cunoaşteţi şi intenţionaţi să le puneţi în aplicare îl vor convinge pe medic că aveţi o atitudine responsabilă faţă de testarea alimentelor.

Efectul evitării alimentelor asupra testelor

La copiii cu eczemă atopică, evitarea unui aliment pentru o vreme, apoi reintroducerea lui în alimentaţie pot modifica reacţia. Atunci cînd un aliment este consumat în mod regulat de un copil cu eczemă atopică, sensibil la acel aliment, reacţia organismului este tăcută şi lentă. Dacă copilul a mîncat alimentul frecvent, iar apoi alimentul este testat imediat după dieta anterioară, nu veţi putea fi sigur dacă rezultatul pozitiv se datorează testului sau nu.

Cînd alimentul este scos din dietă pentru cîteva săptămîni şi apoi testat, reacţia poate fi mai rapidă şi mai acută, testul de provocare fiind astfel mai precis.

Din nefericire, la unii copii, evitarea alimentului pentru un timp duce la o reacţie ulterioară mult mai puternică. Se poate produce chiar *anafilaxie* atunci cînd alimentul este consumat. Studiile medicale sugerează că acesta este cazul a 5% dintre pacienţii cu eczemă atopică supuşi testelor de provocare alimentară. În cele mai grave cazuri, are loc *şocul anafilactic* (vezi capitolul 4), chiar şi atunci cînd alimentul a mai fost consumat fără a se produce vreo reacţie. Şocul anafilactic poate fi fatal dacă nu este tratat prompt, de aceea trebuie să aveţi mare grijă. Cu toate acestea, repetăm, doar *o foarte mică parte* din copii sînt afectaţi în acest fel.

O perioadă propice testării

Cînd un aliment este eliminat complet pentru mai mult de trei luni, reacţia pe care o va produce se poate schimba din nou. La mulţi copii, dar nu la toţi, posibilitatea unei reacţii la aliment începe să se diminueze. Dacă vor continua să evite alimentul încă 4-6 luni, ar putea să nu mai aibă deloc reacţii. Înseamnă atunci că alimentul poate să fie din nou consumat? În unele cazuri, da. Dar pentru unii copii, reintroducerea alimentului în dietă va readuce probabil cu sine reacţiile de eczemă la acel aliment.

Scanned with OKEN Scanner

Aceasta înseamnă că există o perioadă propice testării destul de scurtă și este important să nu fie ratată. Dacă plănuiți să urmați o dietă prin eliminare, trebuie să aveți acest amănunt în vedere înainte de a începe.

Nu se știe dacă, în cazul copiilor cu reacții potențial severe și deosebit de periculoase, așteptarea timp de cîteva luni înainte de a efectua testele face șocul anafilactic mai puțin probabil. Ar putea fi valabil în cazul unora dintre copii, dar nu există nici o certitudine. Așteptarea nu elimină total riscurile.

Este alimentul suspect deja evitat?

Copilul dumneavoastră s-ar putea să evite deja anumite alimente, fie parțial, fie total. Dacă evitarea se datorează unei aversiuni a copilului față de acel aliment, nu trebuie să-l testați deloc. Atunci cînd copilul urăște gustul unui aliment, poate fi un semn că va reacționa sever la el. (Nu este un semn universal, din nefericire, iar unii copii vor mînca cu poftă alimentul ce le provoacă reacții severe.) Este bine să eliminați complet alimentul respectiv de acum înainte. Îl veți putea testa din nou peste un an, dacă copilul dorește și dacă medicul consideră că este sigur.

Presupunînd că copilul nu detestă gustul alimentului:

- dacă alimentul a fost evitat *complet* – fără nici o urmă de aliment în dietă, cu alte cuvinte – timp de mai multe săptămîni, atunci treceți la testare așa cum este descris mai jos, începînd cu testarea brațului, obrazului și buzelor;
- dacă alimentul este evitat într-o anumită măsură, dar nu ați exclus și cantitățile mici din mîncărurile preparate, atunci încercați testele pe braț, buze și obraji (vezi mai jos):
  - dacă testul brațului, obrazului sau buzelor este pozitiv, eliminați complet alimentul din dietă și nu mai efectuați alte teste – aveți deja răspunsul!
  - dacă testul brațului, obrazului sau buzelor este negativ, *eliminați complet alimentul din dietă* și apoi testați, cum este descris mai jos, după trei luni. (Începeți prin a efectua testul brațului, obrazului și buzelor din nou.)

Evitarea completă a alimentelor

Atunci cînd evitați anumite alimente, asigurați-vă că nu se găsesc în preparate pe care le cumpărați – citiți lista de ingrediente și căutați sinonime ale alimentului (vezi anexa 1). Poate fi foarte plictisitor și v-ar putea împiedica să cumpărați multe alimente ieftine, dar este foarte important dacă vă pregătiți de testarea alimentelor, sînteți la o dietă prin eliminare sau evitați alimente clar identificate ca provocînd eczemă. Chiar și o cantitate infimă de aliment poate face diferența.

Testul brațului, obrazului și buzelor

Folosiți forma cea mai pură posibil a alimentului – de exemplu, în cazul grîului, folosiți făină simplă amestecată cu apă.

Începeți cu *testul brațului*. Puneți un pic din aliment pe partea inferioară a antebrațului copilului și frecați ușor. Dacă nu apare nici o reacție după o oră, continuați cu testul obrazului.

Testul obrazului implică ungerea obrazului copilului cu un pic de aliment. Dacă nu apare nici o reacție după o oră, repetați procedeul, iar de data asta frecați ușor obrazul. Așteptați 24 de ore pentru a vedea dacă apare vreo iritație, roșeață sau alt gen de reacție.

Dacă nu s-a manifestat nici o reacție la testul obrazului, efectuați *testul buzelor*. Întindeți un pic de aliment mai întîi pe suprafața *exterioară* a buzelor copilului și așteptați o oră.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă nu se întîmplă nimic, repetaţi operaţiunea, tot cu o cantitate mică de aliment, pe partea *interioară* a buzelor şi aşteptaţi 24 de ore. Fiţi extrem de vigilent în prima oră, iar dacă buzele încep să se umfle, solicitaţi ajutor medical imediat.

O reacţie manifestată pe braţ, obraz sau buze indică un risc mărit al unei reacţii alergice severe şi imediate la aliment (cînd este mîncat), deci nu este indicat să-l testaţi acasă.

Testele de ingerare

Schema aceasta de testare acoperă posibilitatea reacţiilor prompte, dar şi întîrziate la alimente. Oricare dintre ele se poate manifesta în eczema atopică şi toate sînt la fel de importante.

Găsiţi o formă pură a alimentului de testat. În cazul grîului, de exemplu, nu folosiţi pîine, care mai conţine şi drojdie şi, posibil, alte ingrediente. Testaţi cereale cu grîu pur (citiţi eticheta pentru a vedea ce conţin) – pe care le puteţi înmuia cu un pic de apă.

Dacă alimentul a trecut testul braţului, obrazului şi buzelor, puteţi încerca ingerarea, dar trebuie să procedaţi cu mare grijă. Daţi copilului doar o cantitate mică la început – cel mult jumătate de linguriţă – şi aşteptaţi 20 de minute, urmărind cu atenţie orice posibilă schimbare. Reacţia poate să nu fie pe piele, mai ales la început: fiţi atent la problemele de respiraţie, răguşeală, senzaţia de strîngere în gît, strănuturi, nas înfundat sau care curge, orice reacţii la nivelul gurii, greaţă, vomă, durere de burtă sau (mai tîrziu) diaree. Este posibil ca aceste reacţii la aliment să nu se fi manifestat la un consum anterior.

Dacă apare oricare dintre următoarele simptome, trebuie să solicitaţi imediat asistenţă medicală:

- tuse, sufocare sau orice altă problemă respiratorie;
- vomă;
- umflarea buzelor şi gurii sau mîncărimi şi furnicături;
- ameţeală, moleşeală şi paloare;
- urticarie oriunde pe corp.

Aceste reacţii pot pune viaţa în pericol dacă nu primiţi asistenţă medicală promptă. Este bine să fie de faţă doi adulţi responsabili în timpul testului de ingerare, cel puţin în prima oră (şi preferabil în primele zece ore – vezi mai jos) de testare a oricărui aliment. În caz de urgenţă, unul dintre adulţi se poate concentra asupra copilului, iar celălalt se poate ocupa cu detaliile practice, cum ar fi chemarea unei ambulanţe sau condusul pînă la spital.

Există tratamente de urgenţă pe care le puteţi avea acasă, în cazul unei reacţii alimentare severe, şi puteţi discuta cu medicul despre posibilitatea de a vi le prescrie înainte de a începe testarea alimentelor. Acestea sînt descrise în detaliu la p. 90.

Există alte reacţii care indică faptul că trebuie să opriţi procedura de testare, deşi nu presupun nevoia unui tratament imediat:

- mîncărimi sau înroşire a pielii, oriunde pe corp (urmăriţi evoluţia cu mare atenţie şi, dacă începe să semene a urticarie – vezi mai sus – solicitaţi asistenţă medicală);
- nas înfundat sau care curge;
- diaree.

Dacă nu apare nici o reacţie după administrarea primei doze de aliment, atunci îi puteţi da copilului încă puţin şi apoi aşteptaţi din nou. Creşteţi cantitatea treptat pînă cînd ajungeţi la aproximativ o porţie normală. (V-ar putea fi de ajutor să puneţi o porţie normală pe o farfurie la îndemînă, pentru a vă putea da seama, prin comparaţie, cît i-aţi dat copilului să mănînce.)

Scanned with OKEN Scanner

Fiţi atent la simptome în următoarele 24 de ore. Fiţi în special atent în primele zece ore, deoarece leşinul datorat şocului anafilactic (urmăriţi eventualele semne de ameţeală, moliciune şi paloare) poate avea loc oricînd în acest interval de timp. Cu toate acestea, este puţin probabil ca şocul anafilactic să apară atît de tîrziu – în general, se produce în prima oră.

Alte simptome ce ar putea apărea în primele 24 de ore după un test de provocare alimentară sînt diareea şi/sau agravarea eczemei atopice. Evident, trebuie să luaţi în considerare doar agravările distincte şi bine definite ale eczemei, care nu au altă explicaţie decît administarea alimentului. Este important să feriţi copilul de orice alt factor care i-ar putea declanşa eczema în tot acest timp şi să menţineţi rutina de îngrijire a pielii – trebuie să fiţi absolut sigur că alimentul a fost cel responsabil pentru agravarea situaţiei. Dacă se întîmplă ceva ce nu poate fi evitat şi care interferează cu condiţiile testului – apariţia dinţilor sau o răceală, de exemplu, ambele putînd declanşa o agravare a ezcemei atopice –, va fi nevoie să reluaţi testarea alimentului altă dată.

Un alt detaliu important este posibilitatea unei reacţii diferite la un aliment din partea copilului, dar *fără* agravarea eczemei. Aceasta se întîmplă în special în cazul ouălor, din motive încă necunoscute. Este bine să testaţi un astfel de aliment din nou, la o dată ulterioară, dacă simptomele nu au fost severe sau îngrijorătoare, caz în care alimentul trebuie complet evitat pînă cînd copilul mai creşte.

Dacă nu are loc nici o schimbare a eczemei şi nu observaţi alte simptome noi, mai administraţi o porţie de aliment a doua zi. Repetaţi în fiecare zi, timp de o săptămînă. (Unii copii nu manifestă modificări ale eczemei decît *după* ziua a patra.) Apoi aşteptaţi încă două zile fără a mai face alte teste alimentare, pentru a vedea dacă pielea manifestă vreo reacţie. Dacă nu apar modificări, puteţi considera alimentul sigur. Dar eliminaţi-l din dietă pentru următoarea săptămînă, în cazul în care testaţi un alt aliment.

O dietă prin eliminare pentru copiii cu eczemă atopică

Dieta care urmează este proiectată special pentru copiii mici şi foarte mici. Pentru bebeluşii proaspăt înţărcaţi sau care abia au început să mănînce alimente solide, este suficientă o procedură mult mai simplă – vezi pp. 117-118. Procedura pentru bebeluşii hrăniţi exclusiv cu lapte matern este dată la p. 118. În cazul unui adult cu eczemă atopică, mergeţi la p. 120.

Înainte de a trece copilul la orice fel de dietă restrictivă, este deosebit de important să staţi de vorbă cu medicul dumneavoastră. Există întotdeauna riscul de subnutriţie la copii, întrucît ei se dezvoltă rapid şi au nevoie de o dietă bine echilibrată care să le susţină dezvoltarea. Subnutriţia poate avea consecinţe grave pe termen lung, cum ar fi nivelul redus de inteligenţă.

Dieta prin eliminare este o *dietă de diagnostic* – lista alimentelor pe care copilul le mănîncă este modificată în mod sistematic, în timp ce se urmăresc modificările pielii. Este ca şi cum pielea copilului ar fi întrebată: „Ce părere ai de alimentul acesta? Dar de acesta?".

Pentru ca dieta să funcţioneze, *totul* în afară de mîncare trebuie să fie pe cît posibil de stabil şi consecvent. Cînd pielea spune „Au!", trebuie să fiţi siguri că reacţionează la alimentul mîncat ieri şi nu la noua marcă de detergent, la cîinele bunicii, la dormitul în alt pat, la acarieni sau la o călătorie lungă într-o maşină supraîncălzită.

Aşadar, trebuie să aveţi grijă la toate lucrurile care ar putea afecta pielea în tot acest timp, cum ar fi schimbările de temperatură, îmbrăcăminte iritantă, stres şi supărări sau alergeni la care copilul este sensibil – faceţi toate eforturile necesare să le ţineţi departe pe tot parcursul dietei de eliminare, mai ales în perioada de testare, deoarece pot cu uşurinţă să altereze rezultatele. Trebuie să fiţi consecvent în aplicarea steroizilor şi cremelor

Scanned with OKEN Scanner

hidratante, să nu schimbaţi tratamentele medicale în nici un fel şi să minimalizaţi scărpinatul pe cît posibil. Dacă eczema se infectează, ţineţi problema sub control înainte de a începe. Unde există reacţii clare la acarieni, animale de companie sau alt alergen care intră în contact direct cu pielea, eliminaţi mai întîi sursele de alergeni.

Desigur, nu veţi putea controla absolut totul. În evaluarea reacţiilor la alimentele testate, va trebui să luaţi în considerare şi alţi factori care ar fi putut provoca orice criză de eczemă, să testaţi din nou anumite alimente, cînd nu se cunoaşte efectul lor.

Faza de excludere

Copiii cu eczemă atopică sînt de obicei sensibilizaţi la doar unul sau două dintre alimentele consumate în mod obişnuit, nu la o întreagă gamă de alimente diferite. Aşa că o simplă dietă prin eliminare, care va evita alimentele cel mai probabil vinovate, va funcţiona bine.

În prima parte a dietei (*faza de excludere*), alimentele pe care trebuie să le eliminaţi din dieta copilului sînt:

- *laptele*, toate lactatele (iaurt, brînzeturi, unt etc.) şi toate ingredientele derivate din lapte (vezi anexa 2 – p. 351);
- *ouăle* şi orice conţine derivaţi din ouă, cum ar fi ovalbumina (vezi p. 349);
- *boabele de soia* şi orice aliment care conţine soia (de exemplu, laptele de soia);
- orice fel de *nuci*, inclusiv alunele;
- *grîul* – pîinea, pastele, biscuiţii, prăjiturile, produsele de patiserie, clătitele, cerealele pe bază de grîu, cuş-cuş, semolina şi orice conţine grîu (vezi p. 355);
- *peştele*;
- în cazul în care copilului i s-au făcut teste cutanate – orice aliment care a avut rezultat pozitiv;
- orice aliment care consideraţi că a provocat simptome digestive, cum ar fi colici sau diaree, fie acum, fie în trecut.

(Dacă vi se pare prea dificil, puteţi începe doar prin a evita laptele şi ouăle, pe lîngă alimentele cu rezultat pozitiv la testele cutanate. Faceţi asta timp de o săptămînă. Apoi excludeţi şi celelalte alimente din listă, dacă nu apare nici un beneficiu, complet sau parţial, şi continuaţi pentru încă o săptămînă.)

În cazul în care pielea copilului nu arată mai bine după o săptămînă de dietă, eliminaţi şi următoarele alimente, *pe lîngă cele din prima listă*:

- *roşiile*;
- *porumbul* (porumbul dulce, făina de porumb, fulgii de porumb, amidonul de porumb, mămăliga, cerealele pe bază de porumb etc.);
- *carnea de vită*;
- *carnea de pui*;
- *citricele* (portocalele, lămîile, mandarinele, limetele, grepfrutul, marmelada de citrice etc.);
- *aditivii alimentari* (exclud cea mai mare parte a alimentelor preambalate);
- *ciocolata* şi cacaua.

În acelaşi timp, copilul trebuie să bea doar apă filtrată sau îmbuteliată. În cazul apei îmbuteliate, schimbaţi marca o dată pe săptămînă, deoarece pot avea loc şi reacţii la apa minerală – foarte rar (vezi p. 117). Testaţi apa de la robinet în faza de testare şi testaţi orice apă minerală în legătură cu care aveţi suspiciuni.

Scanned with OKEN Scanner

Continuați dieta încă două săptămîni. Dacă nu are loc nici o îmbunătățire, atunci probabil mîncarea nu contribuie în nici un fel la eczemă. Dacă observați îmbunătățiri substanțiale ale pielii, atunci puteți trece la faza de testare (vezi mai jos).

În timpul dietei, introduceți alte alimente, pentru a vă asigura că îi dați copilului destul să mănînce și că nutriția este adecvată. Consultați anexa 3 pentru alternative la alimente precum laptele. Deși puteți folosi lapte de orez sau lapte de ovăz, de exemplu, nu uitați că acestea nu conțin aproape deloc proteine, așadar nu sînt un substitut al laptelui de vacă din punct de vedere nutrițional. Formula hidrolizată (vezi p. 324) poate fi folosită în loc de lapte și oferă aceleași beneficii nutriționale. Ar putea fi nevoie și de un supliment de calciu și ar trebui să rugați un nutriționist calificat (*nu* un „terapeut nutrițional" sau un alt tip de practician alternativ) să verifice dieta. Medicul de familie vă poate recomanda unul.

Testarea alimentelor

Dacă starea pielii copilului chiar se ameliorează în timpul fazei de excludere, este o sugestie (dar nu și o dovadă) că alimentele sînt implicate. Puteți trece acum la *faza de testare*.

Nu uitați că eczema copilului trebuie să fie distinct ameliorată și stabilizată pentru ca faza de testare să funcționeze. Pielea poate nu va fi în stare perfectă, dar trebuie să fie mult mai bine decît înainte și stabilă în această stare de cel puțin cinci zile înainte de a începe să testați alimentele.

Citiți întreaga secțiune despre testare (pp. 109-113) înainte de a începe.

Testați cîte un aliment, pe rînd. Deoarece sînt destul de multe alimente de testat, iar unele dintre ele nu vor produce deloc simptome, procedura pentru testarea fiecărui aliment este un pic mai scurtă decît descrierea anterioară (în cazul alimentelor suspecte):

- Efectuați testele brațului, obrazului și buzelor cum s-a descris la p. 111.
- Dacă copilul se simte bine după ele, testați *foarte atent* administrarea unei cantități infime de aliment, așteptați zece minute pentru eventuale simptome, apoi dați-i un pic mai mult dacă nu se întîmplă nimic. Creșteți treptat doza pînă ajungeți la o porție normală. Fiți atent în caz de reacții severe, descrise la p. 112.
- Serviți o porție normală de aliment în următoarele patru zile și opriți-vă doar în cazul în care simptomele de eczemă se intensifică. Puteți considera alimentul sigur dacă nu are loc nici o modificare a pielii pînă la sfîrșitul celei de-a cincea zile. Nu îl reintroduceți în dietă pentru încă cinci zile, în timp ce testați următorul aliment.
- Dacă pielea reacționează la un aliment printr-o erupție de eczemă, folosiți tratamentele necesare (creme cu steroizi sau unguent tacrolimus) pentru a ține eczema sub control. Nu testați alte alimente pînă ce pielea nu s-a calmat complet, iar tratamentul nu a revenit la nivelul normal, de menținere. Încercați să minimalizați scărpinatul, astfel încît erupția de eczemă să nu fie declanșată de leziunile produse prin scărpinat. Dați-i copilului doar alimente pe care le considerați sigure în această perioadă de refacere.
- Dacă nu sînteți sigur de reacția la un anumit aliment, nu îl reintroduceți în dietă pentru două săptămîni și apoi testați-l din nou.

Atenția în timpul testării

Unii copii necesită o mai mare atenție în timpul testării: vezi pp. 109-110 pentru o listă detaliată a semnelor de avertizare. Ei au mai multe șanse de a suferi simpome severe care să necesite tratament medical de urgență. Abordarea atentă a testării descrise mai sus ar trebui să-i protejeze de astfel de reacții neplăcute, însă tot mai rămîne un procent de risc. Este bine să vorbiți cu medicul dumneavoastră despre posibilitatea de a beneficia de

Scanned with OKEN Scanner

supraveghere medicală directă, în spital, în timpul fazei de testare. (Supravegherea medicală este necesară doar în prima zi de testare a fiecărui aliment.)

Dacă această opţiune nu este posibilă, cel puţin asiguraţi-vă că ştiţi procedura de a duce cît mai repede copilul la o secţie de urgenţe în eventualitatea unei reacţii grave. Trebuie subliniat că aceasta este o posibilitate *foarte slabă*, presupunînd că aţi urmat procedura treptată de testare descrisă mai sus, dar e mai bine să luaţi toate măsurile de siguranţă.

Medicul v-ar putea sugera să aveţi sirop sau tablete cu antihistamine la îndemînă, pentru a le administra copilului în caz de simptome bucale. Ele pot fi eficiente ca o măsură de „prim-ajutor", dar tot va fi nevoie să solicitaţi ajutor medical pentru astfel de reacţii.

Un autoinjector încărcat cu adrenalină (epinefrină) – vezi p. 81 – este singurul tratament de urgenţă cu adevărat eficient pentru cei care manifestă dificultăţi de respiraţie ca reacţie la un aliment sau o umflare severă a gurii sau gîtului. Dacă, pe lîngă eczemă, copilul dumneavoastră are şi astm, un astfel de tratament la îndemînă este o *precauţie esenţială* în timpul unui test de provocare alimentară efectuat acasă. Întrebaţi medicul dacă ar fi posibil să beneficiaţi de supraveghere medicală pe parcursul provocărilor alimentare.

Interpretarea testelor alimentare

Dacă rezultatele testării nu sînt clare, există diferite explicaţii posibile. Una dintre ele este că alimentele nu joacă nici un fel de rol. Poate că îmbunătăţirea observată în faza de excludere era doar o fluctuaţie naturală a bolii, un efect de placebo (vezi p. 227), sau se datora unei schimbări a factorilor de mediu care au afectat eczema copilului.

O altă posibilitate este că copilul a reacţionat la un aliment evitat fără intenţie în faza de excludere, apoi reintrodus fără a fi testat. De exemplu, eliminarea pîinii scoate şi drojdia din dietă. Eliminarea laptelui ar putea însemna şi eliminarea căpşunilor, atunci cînd copilului îi place îngheţata de căpşuni şi nu mănîncă fructe proaspete. Poate ameliorarea din timpul fazei de excludere s-a datorat unui astfel de ingredient? Stabiliţi o dietă care să evite categoric suspecţi de acest fel şi apoi vedeţi dacă starea pielii se ameliorează. Dacă da, testaţi ulterior alimentele eliminate printr-un test de provocare.

Ce urmează?

După dieta prin eliminare, presupunînd că aţi obţinut reacţii pozitive la alimente, trebuie să hotărîţi cum folosiţi aceste informaţii. Dacă eliminarea alimentelor este dificilă sau pare chiar imposibilă, odată ce aveţi deja experienţă, aţi putea decide să vă întoarceţi la o dietă normală şi să menţineţi boala sub control cu ajutorul tratamentului medical standard sau să eliminaţi alimentele care au provocat reacţiile mai severe şi să le permiteţi pe cele care nu au declanşat decît reacţii uşoare, controlînd restul simptomelor cu alte metode de tratament.

În luarea hotărîrii, trebuie să evaluaţi dificultăţile de natură socială şi practică asociate cu eliminarea alimentelor şi să le comparaţi cu efectele pe care le au asupra sănătăţii copilului dumneavoastră, pe termen scurt şi lung. Decizia va depinde de severitatea eczemei, de numărul alimentelor ce trebuie evitate şi de situaţia din familie – cine are grijă de copil în timpul zilei, de exemplu. Mulţi dermatologi, în particular, pun la îndoială faptul că beneficiile restricţiilor alimentare merită costurile, în special atunci cînd simptomele pot fi controlate cu medicamente. Este un argument valid. Cu toate acestea, evitarea alimentelor-problemă poate reduce inflamaţia într-un mod care nu este posibil în tratamentele standard. Dovezile în acest sens au fost aduse de prof. Hugh Sampson, de la Şcoala de medicină Mount Sinai din New York, care are deosebit de multă experienţă în tratarea copiilor cu eczemă atopică reactivă la alimente şi care a condus numeroase experimente. Profesorul şi echipa sa au descoperit că, atunci cînd copiii continuă să mănînce alimente la care sînt

Scanned with OKEN Scanner

sensibili, bazofilele din sînge devin atît de suprareactive, încît vor elibera spontan histamină chiar şi cînd nu este prezent nici un alergen. Aceste bazofile uşor declanşate, care vor pompa permanent histamină, vor fi, fără îndoială, nocive pentru pielea eczematoasă, menţinînd-o într-o perpetuă stare de inflamaţie. Studiile ulterioare au arătat că, atunci cînd alimentele-problemă sînt evitate, bazofilele revin la normal, iar pielea copilului se calmează.

Prof. Sampson a mai observat că pacienţii care evită alimentele la care sînt sensibili – şi le evită complet, fără scăpări – au mai multe şanse să scape de sensibilitatea la acele alimente. (Este totuşi bine de reţinut că mai există şi alţi factori implicaţi aici. Sensibilitatea la nuci, peşte şi fructe de mare are şanse să persiste oricum, pe cînd o sensibilitate la lapte, ouă, soia sau grîu are mai multe şanse să fie depăşită odată cu vîrsta. Dacă nivelul de IgE la aliment este crescut la debut, sensibilitatea are şi ea şanse mai mari să persiste.)

În cazul în care hotărîţi să evitaţi alimentele incriminate de acum înainte, trebuie să aveţi în vedere implicaţiile nutriţionale. Dacă nu mergeţi deja la un nutriţionist, rugaţi medicul de familie să vă facă trimitere la unul acum şi cereţi sfatul unui profesionist în legătură cu prepararea unor mese echilibrate. Un supliment de vitamine sau minerale ori o sursă suplimentară de proteine cum ar fi formula hidrolizată (vezi p. 324) ar putea fi necesare.

Straniu, dar adevărat

Există cîteva reacții de sensibilitate rare în eczema atopică. Unii copii, care iau calciu din cauză că țin diete care evită laptele, au manifestat reacții de sensibilitate la suplimentele cu calciu. Cauza este necunoscută. A mai fost raportat şi cazul unei fetițe care reacționa la apa minerală – cînd apa pe care o bea de obicei era înlocuită cu altă marcă de apă, eczema ei se calma. Aceste cazuri au fost investigate cu mare atenție, prin teste dublu-oarbe cu grup de control placebo efectuate de medici deosebit de sceptici, iar reacțiile au fost confirmate fără dubii. Cu toate acestea, probabilitatea ca şi copilul dumneavoastră să sufere o asemenea reacție este extrem de redusă – aşadar gîndiți-vă inițial la explicații mai comune!

Reacțiile la apă pot explica situațiile ocazionale în care eczema atopică a unui pacient dispare complet atunci cînd se mută în altă regiune, în ciuda faptului că restul elementelor din stilul de viață, locuința, dieta şi circumstanțele generale rămîn neschimbate.

O dietă prin eliminare pentru bebeluşii care abia au trecut la alimente solide

În cazul unui copil aflat în procesul de înţărcare sau care abia a fost înţărcat, s-ar putea să fie doar unul sau două alimente posibil vinovate, investigaţia fiind astfel mult mai simplă.

Metoda descrisă mai jos este utilă în cazul bebeluşilor care au o dietă mixtă, compusă din lapte matern şi alimente solide, lapte în biberon şi alimente solide sau doar alimente solide.

Mai întîi, eliminaţi ouăle şi laptele de vacă din alimentaţie. Trebuie să eliminaţi orice urmă din aceste alimente, nu doar sursele evidente. Astfel, trebuie să excludeţi toate derivatele din lapte (iaurt, unt, brînză de vaci etc.) şi toate alimentele care conţin ou (prăjituri). Alte feluri de lapte de origine animală – de capră, de oaie etc. – nu sînt permise în această etapă. Aşteptaţi două săptămîni pentru o eventuală ameliorare.

Dacă bebeluşul e hrănit cu biberonul, înlocuiţi laptele praf pe bază de lapte de vacă cu o formulă hidrolizată extensiv (vezi p. 324). În cazul unui bebeluş alăptat la sîn, mama trebuie să evite laptele şi ouăle în acelaşi timp, pentru a nu trece urme din aceste alimente în laptele matern. Mama trebuie să se asigure că primeşte suficiente proteine din alte surse (şi să ia suplimente cu calciu dacă va evita lactatele mai mult de o săptămînă sau două).

Scanned with OKEN Scanner

Dacă nu are loc nici o reacţie la excluderea laptelui şi ouălor, continuaţi să le evitaţi, excluzînd, de asemenea, pe rînd, alte alimente din lista următoare :

- nucile, inclusiv alunele ;
- grîul (adică pîinea, biscuiţii, prăjiturile, pastele, produsele de patiserie, cerealele pe bază de grîu etc. – verificaţi toate etichetele) ;
- soia (care se găseşte în multe alimente gata preparate, aşadar citiţi etichetele) ;
- peştele şi fructele de mare ;
- portocalele, lămîile, grepfrutul şi alte citrice.

Începeţi cu nucile şi apoi continuaţi cu celelalte alimente de pe listă. Dacă nici unul nu pare a cauza probleme, excludeţi şi alte alimente pe care copilul le mănîncă, dar care nu sînt pe listă. Continuaţi pînă cînd aţi investigat tot ceea ce cuprindea alimentaţia copilului atunci cînd a debutat eczema.

Evitaţi fiecare aliment timp de două săptămîni şi asiguraţi-vă că nu este prezent în produsele gata preparate (consultaţi anexa 1 pentru sinonime ale ingredientelor comune). Ar fi mai uşor să nu-i daţi copilului alimente gata preparate pe tot parcursul dietei. Puteţi să gătiţi mîncare pentru bebeluşi acasă, cum ar fi cartofi sau legume fierte, făcute piure cu ajutorul unui blender, apoi trecute printr-o sită.

Nu introduceţi alimente noi în această perioadă, dacă este posibil. Dacă aveţi nevoie şi de altceva pentru a varia dieta, alegeţi un aliment cu mai puţine şanse să provoace probleme, cum ar fi cartoful dulce sau orezul. Dacă trebuie să adăugaţi şi un pic de carne, alegeţi-o pe cea de curcan. Menţineţi formula hidrolizată în alimentaţie, care îi va oferi copilului necesarul de proteine şi alte substanţe nutritive. Nu este deloc recomandată introducerea vreunui aliment din lista de mai sus, în cazul în care copilul nu îl mănîncă deja.

Presupunînd că bebeluşul se simte mai bine, va trebui să testaţi mai tîrziu ouăle şi laptele de vacă, din moment ce le-aţi eliminat în acelaşi timp şi nu ştiţi care dintre ele a fost problema sau dacă nu chiar amîndouă sînt incriminate. Fiţi deosebit de atent cînd le testaţi : citiţi pp. 109-113 mai întîi, apoi vorbiţi cu medicul. S-ar putea să fie mai bine să amînaţi testarea pentru o vreme, pentru a-i da copilului şansa să mai depăşească, pe măsură ce creşte, unele sensibilităţi.

În cazul celorlalte alimente, din moment ce le-aţi eliminat pe rînd, ar trebui să ştiţi clar care provoacă eczemă. Dacă aveţi incertitudini, puteţi testa acele alimente mai tîrziu. Atenţia este cheia acestor teste, în special cînd e vorba de alune.

O dietă prin eliminare pentru mamele care alăptează

Secţiunea de faţă este dedicată mamelor ai căror bebeluşi au făcut eczemă atopică în timp ce erau alăptaţi la sîn. Laptele matern conţine urme din alimentele mîncate de mamă, care pot sensibiliza bebeluşul şi declanşa eczema atopică.

Dacă doriţi să investigaţi posibilitatea unei legături între eczema bebeluşului dumneavoastră şi alimentele pe care le-aţi consumat, puteţi încerca o dietă simplă prin eliminare, în timp ce continuaţi alăptatul. *Trebuie să consultaţi medicul înainte de a încerca dieta* şi să mergeţi la un nutriţionist care să vă sfătuiască în legătură cu menţinerea aportului de nutrienţi.

Înainte de acest consult, puteţi experimenta limitarea dietei bebeluşului la laptele matern şi nimic altceva – cu alte cuvinte, dacă aţi introdus deja alte alimente prin biberon, sucuri sau solide, încetaţi a i le mai da. Dacă bebeluşului îi este foame, îi puteţi da formulă hidrolizată (vezi p. 324). Rugaţi farmacistul să vă recomande alternative la medicamentele

Scanned with OKEN Scanner

sau vitaminele pe care le ia copilul, care să nu conțină excipiente precum amidonul de porumb.

După ce ați mers la medic și la nutriționist și aveți aprobarea lor, începeți dieta prin eliminarea tuturor alimentelor de mai jos, inclusiv a urmelor găsite în alimente gata preparate și preambalate:

- cafeaua, ceaiul și alcoolul;
- laptele de vacă și toate produsele lactate;
- ouăle;
- grîul;
- nucile (inclusiv alunele);
- soia (care se găsește în multe alimente preambalate – citiți etichetele).

Dacă nu observați nici o ameliorare sau doar una parțială a eczemei bebelușului după două săptămîni, eliminați și următoarele alimente:

- portocalele și alte citrice;
- peștele și fructele de mare;
- ciocolata;
- carnea de pui și de vită;
- orice alte alimente pe care le consumați în cantități mari.

Veți avea nevoie de un supliment de calciu atunci cînd excludeți laptele. Mîncați acasă în această perioadă, deoarece este foarte dificil să monitorizați toate ingredientele la o masă luată la restaurant. (Dacă trebuie să mîncați în oraș, optați pentru ceva foarte simplu, cum ar fi o friptură și o salată fără nici un sos.) Întotdeauna citiți etichetele produslor gata preparate și fiți atent la sinonimele alimentelor pe care le evitați (vezi anexa 1).

Dacă nu vedeți nici o schimbare în eczema copilului după încă o săptămînă, atunci puteți reveni la dieta normală.

Dacă, pe de altă parte, eczema se ameliorează odată cu excluderea alimentelor, mențineți dieta pentru încă cîteva zile, înainte de a testa alimentele. Aceasta va asigura stabilizarea și vindecarea pielii bebelușului înaintea testării.

Testați cîte un aliment, pe rînd, și mîncați o porție în fiecare zi, timp de o săptămînă. Dacă eczema nu se agravează, eliminați alimentul din nou și alegeți următorul aliment de testat – din nou, mîncați o porție zilnic, o săptămînă. Încetați consumul alimentului mai curînd dacă apare eczema. (Alimentele care s-au dovedit sigure pot fi reintroduse mai tîrziu, dar este nevoie de o pauză după săptămîna de testare.) Testați ouăle și laptele de vacă la final.

Ocazional, bebelușii se simt mai bine în faza de excludere, dar nu reacționează la nici unul dintre alimentele testate. Pauza temporară de la alimentul-problemă pare a fi tot ce le trebuia pentru a-și pierde sensibilitatea. Dacă asta este situația, vă puteți întoarce la o dietă fără restricții, dar variați-vă meniul și încercați să nu consumați nici un aliment în cantități mari.

Atunci cînd laptele de vacă se dovedește a fi problema, veți putea consuma lapte de capră sau de oaie, dar așteptați pînă cînd pielea revine la normal, apoi experimentați cu grijă.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentele şi eczema atopică la adulţi

În cazul adulţilor cu eczemă atopică, sensibilităţile alimentare rareori au un rol în eczema atopică - mult mai rar decît la copii. Dacă nu manifestaţi simptome clare precum cele enumerate mai jos, alimentele sînt ultimul factor ce trebuie investigat. Semnele care pot indica implicarea alimentelor sînt:

- eczemă pe buze sau pe mîini, în special eczemă persistentă pe mîini, sau o iritaţie cu vezicule care erupe la anumite intervale - poate fi declanşată de alimente. (De reţinut că o astfel de erupţie mai poate fi provocată de substanţe care contaminează alimentele, cum ar fi nichelul - vezi p. 168);
- simptome precum durerile de cap sau migrenele, diareea sau sindromul de colon iritabil, dureri musculare sau articulare, oboseală şi senzaţii de rău inexplicabile;
- dovezi clare că un anumit aliment agravează eczema: dacă aveţi sensibilitate la un aliment, ar putea exista sensibilităţi şi la altele, care nu au fost încă observate;
- alergia la polenul de mesteacăn; ea va provoca simptome în prima parte a anului, cu punctul culminant în aprilie - cu mult înaintea sezonului polenului de iarbă. Tipul acesta de alergie la polen poate duce la reacţii de sensibilitate la anumite fructe şi legume, care pot agrava eczema (vezi p. 102).

Dacă nu manifestaţi nici unul dintre semnele de mai sus, o dietă prin eliminare pentru depistarea unei sensibilităţi alimentare ar trebui să fie ultima variantă. Verificaţi mai întîi alergenii purtaţi pe calea aerului, cum ar fi acarienii de praf, faceţi eforturi serioase să nu vă mai scărpinaţi, trataţi eventualele infecţii, urmaţi cu sfinţenie un regim de îngrijire a pielii şi orice tratament prescris de medic. Dacă, după toate acestea, eczema tot mai prezintă probleme, atunci puteţi trece la investigarea rolului alimentelor.

Primul pas ar fi să întrebaţi medicul de familie sau un specialist dacă puteţi face teste cutanate pentru alimente. Poate nu va fi neapărată nevoie să le faceţi, dar este bine să ştiţi dacă sînt disponibile. În timp ce testele cutanate nu au o prea mare valoare, făcute separat, cînd e vorba de copii cu eczemă atopică, ele pot fi de mare folos adulţilor, deoarece dau mai puţine rezultate negative false.

Dacă efectuaţi teste cutanate şi unele alimente dau rezultate pozitive, încercaţi să le evitaţi timp de două săptămîni. Trebuie să le evitaţi complet, avînd în vedere inclusiv cantităţile mici care se găsesc în alimentele preambalate şi care se folosesc la gătit (vezi anexa 2). Pentru a fi absolut sigur că evitaţi alimentele în cauză, este recomandat să consumaţi mîncăruri foarte simple, pe care să le gătiţi dumneavoastră, sau - dacă trebuie să mîncaţi în oraş - ceva de tipul fripturii cu salată, în care ingredientele sînt evidente.

Dacă, în urma dietei, starea pielii se ameliorează substanţial, iar alimentele evitate sînt mai multe de două, aţi putea să efectuaţi teste de provocare pentru a vedea care dintre ele sînt inofensive şi care nu. Deoarece aţi reacţionat pozitiv la testele cutanate pentru aceste alimente, este bine să aveţi mare grijă în timpul testelor de provocare. Urmaţi procedura descrisă pentru copii la pp. 109-113.

Dacă starea pielii nu se ameliorează deloc sau doar parţial cît timp evitaţi alimentele suspecte, aţi putea trece la o dietă de eliminare completă (vezi capitolul 14). Evitaţi apa de la robinet pe lîngă alimente şi schimbaţi marca de apă minerală (vezi caseta de la p. 117).

Nu este recomandat să testaţi alimentele acasă dacă aţi avut o reacţie alergică imediată la *orice* aliment sau alte simptome ale buzelor sau cavităţii bucale după ce aţi mîncat ceva. La fel, dacă aţi reacţionat vreodată la un aliment cu vomă şi/sau diaree la cîteva ore după ce aţi mîncat - deşi asta s-ar putea datora şi unei infecţii, poate, de asemenea, foarte rar, să fie efectul unei alergii alimentare. Dacă suferiţi de astm sau aţi avut vreodată anafilaxie, din

Scanned with OKEN Scanner

orice cauză – nu doar ca reacţie la alimente –, faza de testare a dietei prin eliminare poate fi riscantă. Cereţi sfatul medicului în acest sens.

Alergie sau intoleranţă?

Pentru un tînăr de 22 de ani, Danny avea surprinzător de multe probleme de sănătate. De teamă să nu-şi piardă slujba de manager de hotel în perioada de probă, s-a prefăcut că nu este atît de bolnav pe cît era în realitate. A mers la medic abia cînd urticaria intensă, care îi acoperise toată pielea, devenise de nesuportat. A recunoscut, cu mare reticenţă, că avea şi alte simptome – crize regulate de indigestie şi diaree, dureri de articulaţii, dureri de cap şi oboseală excesivă. Mai avea şi eczemă şi alergie la polen, de cînd era copil. Testele cutanate au arătat că este sensibil la polenul de iarbă şi la părul de pisică, dar nu la alimente. Cu toate acestea, medicul a decis să încerce o dietă prin eliminare, care să excludă majoritatea alimentelor pe care le mînca Danny de obicei. În mai puţin de şase zile, Danny s-a întors la medic foarte mulţumit. A raportat că urticaria dispăruse, la fel şi durerile de cap, de articulaţii şi problemele digestive. Se simţea mult mai plin de energie. Sub supravegherea medicului, a început să reintroducă alimentele, unul cîte unul. Grîul, laptele, ouăle, roşiile şi portocalele erau cele care îi făceau probleme. Ele declanşau urticaria în cîteva ore, iar durerile de cap şi de articulaţii şi oboseala mai tîrziu. Danny a putut evita aceste alimente în cea mai mare parte a timpului şi astfel s-a simţit mult mai bine. Eczema i-a dispărut şi ea după o vreme, iar alergia la polen nu îi mai face probleme atît de mari. Genul acesta de caz este interesant, deoarece dieta pare să fie de ajutor în cazul simptomelor considerate a avea legătură cu reacţiile alergice, cum ar fi urticaria şi eczema, dar şi pentru durerile de cap, diaree şi dureri articulare. Au fost raportate numeroase astfel de cazuri, ceea ce face dificilă o delimitare clară între alergie şi intoleranţă alimentară.

O dietă cu conţinut scăzut de amine pentru eczema atopică

Adulţii cu eczemă atopică cărora dieta prin eliminare nu le este de ajutor sau care manifestă unele ameliorări, dar nu obţin rezultate clare la testele de provocare, pot beneficia de pe urma unei diete cu conţinut scăzut de amine. Aminele măresc fluxul sangvin îndreptat către piele şi pot agrava eczema atopică la unele persoane, deşi nu sînt una dintre cauzele de bază ale eczemei. Ca punct de pornire, evitaţi următoarele alimente:

- *care au conţinut foarte mare de amine*:
  - ciocolată simplă;
  - brînză (în afară de brînza de vaci);
  - extract de drojdie, cuburi pentru supe;
  - sosuri fermentate de soia (miso, tempeli);
  - pastă şi suc de roşii;
  - mîncăruri tandoori;
  - sosuri gata preparate;
  - suc de portocale;
  - cola;
  - peşte uscat, afumat sau marinat;
  - piele de pui, ficat de vită;
  - cîrnaţi, carne afumată, plăcinte;
  - spanac, bob, varză murată;
  - migdale.

Scanned with OKEN Scanner

- *care au un conţinut mare sau mediu de amine*:
  - ciocolată cu lapte;
  - vin, cidru, bere;
  - sos de soia;
  - carne de porc, bacon, şuncă, salam etc.;
  - ficat de pasăre, măruntaie;
  - peşte, în afară de cod şi alţi peşti din familia lui;
  - nuci, în afară de caju şi castane;
  - seminţe de susan şi de floarea-soarelui;
  - roşii proaspete;
  - broccoli, conopidă, vinete, ciuperci, avocado;
  - măsline şi ulei de măsline;
  - citrice, banane, căpşuni, zmeură, struguri, kiwi, ananas, prune, maracuia, smochine, curmale.

Continuaţi dieta timp de trei săptămîni. Dacă vă simţiţi mai bine, puteţi încerca să consumaţi porţii mici din alimentele din a doua listă. Măriţi treptat porţiile şi opriţi-vă dacă eczema se agravează.

Astmul

Alimentele pot, cu siguranţă, să-i afecteze pe unii astmatici, dar nu este neapărat vorba de o reacţie individuală de *sensibilitate* alimentară. Poate fi cauzată de dioxidul de sulf sau de sulfiţi, care acţionează ca agenţi iritanţi, sau de histaminele din alimente.

Atunci cînd este o alergie alimentară reală, poate fi una imediată de tip IgE care provoacă anafilaxie şi o criză de astm în acelaşi timp sau o reacţie imunitară mai lentă, care nu implică IgE. Tipul acesta de reacţie nu este legat evident de aliment, datorită întîrzierii simptomelor, aşa că poate agrava astmul fără să vă daţi seama. Ambele tipuri de reacţii la alimente sînt prezentate mai jos.

Alcoolul şi cofeina

Alcoolul şi cofeina pot afecta astmul. Cu toate acestea, au efecte diferite, în funcţie de individ. Ambele pot cauza dilatarea sau constricţia căilor respiratorii. (Dacă doriţi să reduceţi consumul de cofeină, vezi p. 234 pentru conţinutul de cofeină al diferitelor băuturi.)

Histamina din alimente

Organismul uman produce o substanţă numită histamină, care ia parte la reacţiile alergice reale. Din nefericire, unele alimente şi băuturi conţin histamină (vezi p. 165), iar unii astmatici sînt sensibili la ea în mod special, reacţionînd prin crize de astm.

Scanned with OKEN Scanner

Aditivii alimentari

Unii aditivi alimentari pot agrava astmul. Principalii vinovaţi sînt cei care eliberează dioxid de sulf gazos.

Dioxidul de sulf este un gaz care poate să irite căile respiratorii ale astmaticilor şi să declanşeze crize de astm. Unii conservanţi eliberează cantităţi mici din acest gaz, care sînt inhalate în timp ce alimentele sînt mîncate. Nu este nevoie să evitaţi aceste substanţe decît dacă sînteţi sigur că ele provoacă crizele.

Majoritatea fructelor uscate sînt tratate cu dioxid de sulf, pe care îl emană în timp ce sînt mestecate. Caisele uscate au un conţinut ridicat de conservanţi cu sulf. *Tratarea lor cu sulf nu este neapărat trecută pe etichetă.* Fructele uscate care nu au fost tratate (cele care se găsesc la magazinele naturiste, de exemplu) vor fi marcate pe etichetă ca „netratate cu sulf". Următorii conservanţi de asemenea emană dioxid de sulf:

- sulfit de sodiu;
- bisulfit de sodiu;
- metabisulfit de sodiu;
- metabisulfit de potasiu;
- sulfit de calciu.

Aceşti conservanţi se folosesc la scară largă în vinuri, bere şi cidru şi nu trebuie declaraţi pe etichetă. Vinul de casă nu face excepţie: tabletele Campden, comercializate fabricanţilor de vin, conţin metabisulfit de potasiu.

Sucul de lămîie şi de limetă îmbuteliat, pe care îl puteţi păstra la frigider şi folosi la gătit, conţine cantităţi mari din aceşti conservanţi. Dacă acestea sînt preparate la temperaturi înalte, cea mai mare parte din dioxidul de sulf va fi eliminat înainte de consum. Pot provoca probleme dacă sînt folosite la băuturi precum cea cu miere şi suc de lămîie, unde se inhalează aburii.

Cîrnaţii proaspeţi pot conţine aceşti aditivi. Codul poate fi tratat cu bisulfit de sodiu pentru a se albi şi conserva. Deşi sulfiţii nu sînt permişi în carne, unii măcelari îi adaugă uneori la carnea mai veche, pentru a-i da o culoare roşie, care să imite prospeţimea. Legumele uscate pot fi şi ele tratate cu astfel de conservanţi. În toate cazurile însă, cea mai mare parte din dioxidul de sulf se va elimina prin preparare termică.

O a patra sursă „ascunsă" de dioxid de sulf este mîncarea de la restaurant, cea livrată la domiciliu şi cea de la cantine. Cartofii pai folosiţi de firmele de livrări la domiciliu sînt de regulă trataţi cu soluţie de metabisulfit. Salatele gata praparate, sosul de avocado, creveţii şi homarii sînt, de asemenea, trataţi cu aceşti conservanţi.

Salata de fructe, cireşele glasate, sucurile de fructe, umpluturile din fructe ale plăcintelor, legumele uscate şi supa la plic, piureul de fructe, ceapa murată, gemul, jeleurile de fructe şi cremele din prăjituri sînt alte surse posibile de dioxid de sulf în industria alimentară. Nu este însă cazul să evitaţi alimentele de mai sus decît dacă ştiţi sigur că vă declanşează crize de astm.

Alimentele preambalate conţin adesea sulfiţi şi metabisulfiţi, care sînt însă mai uşor de evitat, deoarce sînt trecuţi pe etichete. Căutaţi denumirile de mai sus sau codurile E: E220-E227.

Administrarea unui supliment de vitaminele C şi E poate reduce sensibilitatea la dioxidul de sulf.

Un număr mic de astmatici pot fi sensibili la alţi aditivi alimentari, dar suferă de regulă reacţii mult mai lente.

Scanned with OKEN Scanner

Astmul provocat de coloranţii alimentari şi sulfiţi

Helen avea eczemă de cînd era bebeluş şi a început să aibă crize de astm cînd avea şase ani. Afecţiunile i s-au agravat foarte mult la opt ani, iar în urma unui examen detaliat, medicul a aflat că părinţii ei tocmai construiseră un adăpost pentru păsări ca anexă la casa lor. Testele cutanate au arătat că Helen avea o reacţie puternică la pene, iar cînd păsările au fost îndepărtate, astmul a revenit la nivelul anterior. Sperînd ca ea să scape complet de astm, părinţii i-au înlocuit toate pernele de pene cu altele, din burete. Deşi a părut o măsură utilă, Helen tot mai avea crize de astm o dată sau de două ori pe lună. Ele surveneau în urma petrecerilor sau ieşirilor în aer liber, iar medicul a sugerat că emoţiile ar putea fi cauza crizelor. Apoi crizele au redevenit mai frecvente şi, întrucît majoritatea se petreceau la şcoală, îi afectau situaţia şcolară. Mama lui Helen a început să se întrebe dacă nu cumva problemele erau provocate de alimentele pe care aceasta le mînca doar la petreceri şi la şcoală, în pauze. Chipsurile, sucurile de fructe şi alte alimente ce conţin aditivi erau clar suspecte, deoarece Helen nu le mânca acasă. Helen a fost de accord să renunţe la ele timp de o lună, pentru a vedea dacă se observă vreun efect. În cîteva zile, crizele au dispărut complet, iar testele pentru diferite tipuri de aditivi au dovedit că sulfiţii şi coloranţii artificiali îi puteau provoca o criză la un interval de cîteva ore. Atîta vreme cît evită mîncărurile nesănătoase, Helen nu mai are probleme cu astmul. Se ştie că sulfiţii afectează astmul deoarece acţionează ca un agent iritant pentru căile respiratorii (vezi mai sus), însă reacţia la coloranţii artificiali încă nu este înţeleasă.

Alergiile alimentare şi astmul

Alergia alimentară clasică şi astmul

Dacă aveţi o alergie alimentară clasică pe lîngă astm, se poate crea o reacţie foarte promptă şi inconfundabilă la alimentul incriminat, aşa că vă cunoaşteţi probabil diagnosticul de multă vreme. Singurul tratament este evitarea completă a alimentului.

Anafilaxia este în special periculoasă pentru oricine suferă de astm, iar în cazurile fatale care au la bază alergia alimentară IgE, astmul are deseori rolul său. Trebuie să ţineţi la îndemînă o seringă cu adrenalină (epinefrină), în cazul consumului accidental al alimentului. Citiţi capitolul 4 şi asiguraţi-vă că ştiţi care sînt toate sursele posibile ale alimentului incriminat în cazul dumneavoastră. Examinaţi cu mare atenţie toate etichetele alimentelor preambalate.

Probabilitatea ca anafilaxia să fie fatală creşte în proporţie geometrică dacă astmul nu este bine ţinut sub control: reacţia alergică uriaşă va afecta căile respiratorii, provocînd astfel o criză masivă de astm. Aceasta este foarte greu de tratat chiar dacă ajungeţi la timp la spital. (Iar dacă aţi folosit foarte mult inhalatorul – cel albastru – pentru a vă trata astmul, tratamentul crizei devine de două ori mai dificil, deoarece căile respiratorii vor fi rezistente la medicamentele folosite în caz de urgenţă.)

Un număr mare de decese cauzate de alergia alimentară IgE clasică s-au petrecut deoarece pacientul era astmatic, iar tratamentul administrat nu a fost adecvat. Este necesar un tratament antiinflamator pentru această afecţiune. Folosirea inhalatorului de prevenţie (cel maro, care conţine un corticosteroid) în mod regulat va menţine căile respiratorii în bună stare. Există şi alte tratamente care se adresează inflamaţiilor căilor respiratorii, cum ar fi tabletele Singulair sau Accolate, care sînt medicamente antileucotriene, o alternativă indicată celor cărora nu la place ideea de a folosi corticosteroizi. Tratamentul antiinflamator poate face diferenţa între viaţă şi moarte în caz de anafilaxie.

Scanned with OKEN Scanner

Nu neglijați acest aspect vital, de prevenție, din cadrul tratamentului. Oricine are nevoie de un inhalator calmant (cel albastru) mai mult de o dată pe zi trebuie să aibă și un inhalator de prevenție sau un alt tip de tratament antiinflamator, de asemenea. Dacă vă pierdeți răsuflarea cînd urcați scările sau vă treziți noaptea avînd crize de astm, acestea sînt semne rău prevestitoare – mergeți la medic și revizuiți-vă tratamentul. Cereți un plan de management al astmului, astfel încît să știți cum și cînd trebuie să folosiți fiecare tratament.

Folosiți un aparat de măsurare a respirației cu care să vă monitorizați căile respiratorii, noaptea și dimineața, pentru a observa orice agravare. Verificați, cu ajutorul asistentei medicale, dacă folosiți corect aparatul și dacă știți cum să acționați în cazul unei înregistrări scăzute a acestuia. Reduceți-vă expunerea la orice alergen din aer care vă afectează – cum ar fi cei de la acarienii de praf, de la pisici, cîini sau spori de mucegai.

Toate acestea pot părea dificile și obositoare, dar vă pot salva viața în cazul în care consumați accidental un aliment incriminat – ceea ce se întîmplă cu cei mai mulți indivizi alergici, mai devreme sau mai tîrziu, indiferent cît de mare grijă ar avea.

Reacții la alergenii alimentari din aer

Unele persoane ce suferă de astm și alergie alimentară sînt atît de sensibile, încît chiar și particulele minuscule de aliment pot provoca o criză. Cineva care este alergic la cartofi, de exemplu, poate fi afectat doar dacă curăță cartofi, în timp ce o persoană alergică la alune se poate sufoca și cînd se desface în apropiere un pachet de alune sau un borcan cu unt de arahide. Din fericire, riscurile unei reacții care să pună viața în pericol sînt foarte mici în cazul particulelor din aer. (Sînt și cazuri de pacienți astmatici care reacționează la mirosul *oricărui* aliment în timp ce este preparat, dar aceasta este o reacție generală la mirosuri, de o cu totul altă natură. Nu este o reacție care să pună viața în pericol.)

Reacții întîrziate la alimente

Sensibilitatea alimentară în astm poate fi o reacție întîrziată la un aliment, căreia îi trebuie cîteva ore să se manifeste. Alimentele vinovate sînt, de obicei, cele consumate zilnic. Același aliment poate provoca o gamă de simptome diferite, care vor afecta diferite părți ale corpului (vezi mai jos).

Legătura dintre alimente și simptome poate să nu fie evidentă, așa că este necesară o muncă de detectiv: o dietă prin eliminare, în care să evitați toate alimentele pe care le mîncați în mod normal, apoi să le testați, pe rînd. Se poate folosi dieta de eliminare descrisă în capitolul 14.

Este nevoie să încercați o dietă de eliminare? Merită efortul? Dacă aveți o formă ușoară sau moderată de astm, pe lîngă alte probleme medicale, probabilitatea ca alimentele să aibă un rol în cadrul crizelor de astm este foarte mică. Aveți mai multe șanse să reacționați la o dietă prin eliminare dacă:

- Aveți o formă severă de astm: cercetările au arătat că 60% dintre pacienții cu acest tip de astm au și sensibilități alimentare.
- Mai aveți și alte simptome inexplicabile, cum ar fi dureri de cap, migrene, diaree sau constipație, greață, indigestie, dureri articulare, oboseală excesivă, stare generală proastă, ulcerații bucale, rinită (nas permanent înfundat sau care curge), dureri musculare sau edem (umflare și retenție de apă). Acestea sînt semne comune de sensibilitate alimentară.
- Ați remarcat că un anumit aliment vă agravează astmul. Dacă aveți o sensibilitate la un aliment, probabil mai aveți și la altele.

Scanned with OKEN Scanner

- Aveţi astm indus de efortul fizic, dar uneori reacţionaţi sever la efort, iar alteori puţin sau deloc. Sensibilitatea la un aliment poate avea un rol în reacţia la efort: s-ar putea să reacţionaţi la efort doar dacă aţi consumat alimentul respectiv cu cîteva ore înainate.

Dacă suferiţi de o formă severă de astm, există riscul unei crize potenţial periculoase atunci cînd testaţi alimente – dacă reacţionaţi la un aliment testat, s-ar putea ca reacţia să fie severă. Aşadar este vital să beneficiaţi de supraveghere medicală în timpul dietei de eliminare. Ideal ar fi să testaţi alimentele în spital, unde să rămîneţi timp de 24 de ore după fiecare test. Dacă nu se poate, atunci testaţi alimentele cu foarte mare grijă, încercînd cu o singură înghiţitură în prima zi, două sau trei a doua zi, ajungînd la o porţie normală în cinci zile. Opriţi-vă în cazul unei reacţii sau scăderi a fluxului respirator. Nu ezitaţi să chemaţi o ambulanţă dacă simptomele de astm se agravează.

Medicamentele pentru astm în timpul dietei prin eliminare

Pentru a vă asigura că rezultatele testării alimentelor sînt clare, este bine să încercaţi să vă menţineţi dozele de medicamente pentru astm la aproximativ acelaşi nivel pe parcursul dietei prin eliminare. Vorbiţi cu medicul despre acest aspect înainte să începeţi. E mai bine să menţineţi o doză de medicaţie preventivă îndeajuns de mare încît să ţină astmul sub control, decît una redusă şi să riscaţi o criză severă în timpul testării alimentelor. Chiar şi cînd astmul este bine ţinut sub control, tot veţi putea detecta efectele alimentelor-problemă cînd le testaţi, mai ales dacă folosiţi aparatul de măsurare a respiraţiei zilnic, pentru depistarea simptomelor.

Dacă manifestaţi o reacţie severă la un aliment, folosiţi inhalatorul calmant atît cît este necesar. S-ar putea să trebuiască să măriţi şi doza de prevenţie pentru cîteva zile, pînă cînd reacţia cedează, iar apoi să reveniţi la doza de dinainte.

Sînt dietele prin eliminare utile pentru copiii cu astm?

Unii copii astmatici au sensibilităţi alimentare şi se pot simţi mult mai bine dacă evită alimentele-problemă. Dacă dieta prin eliminare este urmată cu grijă, sub supravegherea medicului, şi se administrează suplimente atunci cînd este necesar, nu există riscuri pentru copil. *Trebuie să aveţi permisiunea medicului înainte de a începe o astfel de dietă.*

Copiii astmatici care au cel mai mult de cîştigat de pe urma unei diete prin eliminare sînt cei care manifestă şi alte simptome, care sugerează sensibilitatea alimentară, cum ar fi dureri de cap, migrene, hiperactivitate, diaree sau constipaţie, greaţă şi indigestie, oboseală excesivă, ulceraţii bucale, rinită (nas permanent înfundat sau care curge), otită cronică sau dureri musculare.

Înainte de a încerca o dietă, faceţi tot posibilul pentru a reduce expunerea la alergenii din aer, cum ar fi acarienii de praf sau animalele de companie, în cazul în care ei joacă un rol în astmul copilului.

Copiii sînt, în general, sensibili la mai puţine alimente decît adulţii, aşa că este nevoie doar de o variantă mai puţin riguroasă a dietei. Pentru început, încercaţi să eliminaţi laptele, grîul, ouăle, peştele, portocalele şi alte citrice, drojdia, alunele, produsele din soia, aditivii alimentari şi orice aliment pe care copilul îl mănîncă zilnic sau pe care îl pofteşte adesea. În cazul copiilor foarte mici, încercaţi doar o dietă fără lapte mai întîi. Urmaţi procedura descrisă pentru copiii cu eczemă atopică.

Scanned with OKEN Scanner

O dietă adecvată poate fi utilă în caz de astm

Chiar dacă sensibilitatea alimentară contribuie sau nu la astm, trebuie să știți că dieta vă poate influența foarte mult starea sănătății. Există dovezi clare în sensul că o dietă bogată în sare (și *toate* dietele occidentale sînt bogate în sare) contribuie la apariția astmului la copii și agravează astmul deja instalat. Dietele bogate în carne, mai ales cea roșie și mărunțaiele, de asemenea predispun copiii la astm.

Consumul de fructe și legume din belșug, inclusiv al legumelor cu frunze verzi, îmbunătățește funcția pulmonară. Roșiile sînt în special benefice, chiar și în alte forme decît proaspete. O dietă bogată în ketchup, suc de roșii sau pastă de tomate (care se găsesc în majoritatea mîncărurilor italienești) este deosebit de benefică. Numeroase alimente bogate în vitamina E, cum ar fi semințele de floarea-soarelui, pot fi și ele de ajutor (suplimentele cu vitamina E nu au acest efect, din motive necunoscute).

Prea multe grăsimi sporesc riscul de apariție al astmului. Unele studii au sugerat că grăsimile saturate au cele mai nocive efecte (cel puțin la adulți), pe cînd studiile efectuate pe copii au arătat că un aport ridicat de grăsimi polinesaturate (din margarină, de exemplu) au legătură cu problemele respiratorii și sensibilizarea alergică. Cea mai bună idee este să reduceți aportul total de grăsimi.

Reacții alimentare în rinita perenă, otita medie și sinuzita cronică

Rinita perenă alergică este o afecțiune în care se manifestă simptome similare celor de alergie la polen în cea mai mare parte a anului, nu doar în sezonul polenului. Alergenii din aer, cum ar fi cei de la pisici, cîini, acarieni de praf sau mucegai, sînt cauzele cele mai probabile.

Nasul este strîns legat de alte cîteva organe, iar problemele lui pot avea efecte și în alte părți. Deoarece nasul este conectat cu urechea medie prin *trompa lui Eustachio*, rinita perenă poate afecta și urechile. Funcția trompei lui Eustachio este de a drena fluidele din ureche și a permite aerului să intre în ureche, astfel încît presiunea să fie echilibrată de ambele părți ale timpanului. Dacă trompa este înfundată cu mucus din nas, aerul nu mai poate ajunge în urechea medie, iar aerul care se află deja acolo este treptat înlocuit de o secreție vîscoasă, produsă de ureche. Ea se lipește de oasele delicate care au un rol vital în mecanismul auzului, provocînd surzenie.

Afecțiunea se numește *otită medie secretorie cronică* (*CSOM*) sau *otită medie* și, cu toate că poate apărea și din alte cauze, cea de mai sus este fără îndoială cea mai importantă. Este foarte comună la copii. Recent, medicii au descoperit că otita medie are legătură cu fumatul pasiv și este mai frecventă la copiii care locuiesc printre fumători. Se știe de mult timp că fumul de tutun împiedică plămînii să elimine impuritățile, paralizînd perii minusculi care îi curăță, iar acum se pare că are același efect și în interiorul urechii. Alergia la acarienii de praf este adesea asociată cu otita medie.

Copiii care suferă de otită medie se plîng adesea de mîncărimi ori pocnituri în urechi sau spun că își simt urechile înfundate. La copiii mici sînt puține semne exterioare ale problemei, deși unii copii își scutură capul într-un mod caracteristic sau își scarpină urechile în mod repetat. Surzenia îl poate face pe copil să îi ignore pe cei din jur sau să înceapă să vorbească mult mai tîrziu – adesea primul indiciu că există o problemă.

Alte probleme care pot apărea în urma rinitei sînt *sinuzita alergică*, *polipii nazali* și *scurgerea postnazală*. Sinusurile sînt cavități ale craniului umplute cu aer și căptușite cu

Scanned with OKEN Scanner

membrane delicate, legate de acelea din interiorul nasului. Majoritatea cazurilor de sinuzită – inflamarea acestor membrane – sînt provocate de infecţii din nas care se extind. Pot avea însă loc şi reacţii alergice. Principalele simptome de sinuzită sînt nasul foarte înfundat, însoţit de o durere de cap localizată deasupra ochilor, atunci cînd sinusurile frontale sînt afectate, sau durere la nivelul obrajilor, atunci cînd sinusurile maxilare sînt inflamate.

Iritaţia prelungită a membranelor nasului şi sinusurilor poate duce la umflare, care, la rîndul ei, va produce *polipi nazali* la unii indivizi – mici protruziuni în formă de strugure ale membranei. Polipii sînt de regulă inofensivi, însă pot obstrucţiona canalul nazal, îngreunînd respiraţia. Se poate pierde, de asemenea, simţul mirosului şi pot apărea simptome similare celor de sinuzită atunci cînd orificiul dintre nas şi o cavitate a sinusului se înfundă. Polipii se pot îndepărta pe cale chirurgicală dacă provoacă disconfort. Numeroase cazuri de polipi nazali se întîlnesc la persoanele alergice la aspirină, care pot fi afectate de salicilaţii din alimente (vezi anexa 6).

Scurgerea postnazală este mai degrabă cunoscută sub denumirea de „catar". Mucusul în exces din nas coboară, prin gît, în trahee – principalul tub care duce la plămîni – şi este eliminat apoi prin tuse. Scurgerea postnazală este adesea urmarea unei infecţii, dar poate avea şi origine alergică uneori.

Dorim să subliniem faptul că rinita alergică perenă, împreună cu diferitele afecţiuni asociate, se datorează cel mai adesea alergenilor din aer – principalii suspecţi fiind acarienii de praf. La unii pacienţi însă se poate datora unei sensibilităţi alimentare. Investigarea rolului alimentelor nu prea are sens dacă nu aţi analizat alergenii din aer mai întîi (testele cutanate sau testele sangvine pentru IgE sînt utile în acest caz) şi nu aţi limitat expunerea la factorii care ştiţi că vă afectează.

Adulţii care suferă de aceste afecţiuni pot încerca dieta prin eliminare descrisă în capitolul 14, pentru a identifica posibilele sensibilităţi alimentare. La copii, procedura descrisă mai devreme în acest capitol este cea adecvată. Riscurile unei reacţii anafilactice sînt mici, aşa că, în cazul în care copilul nu are astm, nu este nevoie de multe precauţii în faza de testare.

O recţie la suplimentele cu vitamine

Chris fusese fascinat de avioane încă de cînd era copil şi îşi iubea slujba de pilot de elicopter care presupunea curse la sondele de petrol. Din nefericire, suferea foarte tare de ceea ce el numea alergie la polen, deşi îl afecta în cea mai mare parte a anului. (Cu alte cuvinte, avea de fapt rinită perenă.) Era nevoit să ia antihistamine, care să-i calmeze ochii şi nasul, dar acestea îl făceau somnoros, ceea ce presupunea riscuri la locul de muncă. Medicul său a încercat o baterie de teste cutanate la alergeni comuni, cum ar fi polenul, praful, penele şi părul de pisică, dar nici unul nu a dat rezultat pozitiv. A încercat apoi forme mai directe de testare, în care praf şi alţi alergeni i-au fost pulverizaţi lui Chris direct în nas. Şi aceste teste au ieşit negative. Din moment ce vindecarea rinitei era atît de importantă, medicul a discutat cu Chris în detaliu despre stilul lui de viaţă, sperînd că va găsi un indiciu al problemei. Chris era convins că ducea o viaţă sănătoasă – de fapt, era un fanatic al stilului de viaţă sănătos, pasionat de sport şi exerciţii fizice. Avea, de asemenea, mare grijă la ce mînca şi lua suplimente cu vitamine zilnic. Medicul l-a rugat, ca experiment, să renunţe la pastile pentru o vreme. Ştia că unele persoane au reacţii la drojdie şi, deşi nu credea posibil ca drojdia să-i provoace simptomele lui Chris, merita totuşi încercat. Spre surprinderea sa şi a lui Chris, nasul i s-a desfundat în mai puţin de patru zile. Cînd a încercat să la pastilele din nou, rinita a revenit prompt. Mai tîrziu, a descoperit că avea forme mai uşoare de rinită atunci cînd bea cantităţi mai mari de bere sau mînca mai multă pîine (ambele surse bogate în drojdie), dar nu a mai avut alte probleme.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 7

Boala celiacă, boala Crohn şi afecţiunile eozinofilice

Toate bolile prezentate în acest capitol implică sistemul imunitar, care cauzează probleme în diferite segmente ale tractului digestiv. În cazul bolii celiace, mîncarea este întotdeauna factorul declanşator al atacului imunitar, în timp ce la celelalte boli, aceasta se întîmplă doar într-o parte din cazuri. Nici una dintre aceste reacţii la alimente nu se bazează pe anticorpii IgE, ceea ce nu înseamnă că IgE specifici alimentelor nu sînt niciodată implicaţi, ci că prezenţa lor nu este necesară pentru apariţia acestor boli.

Conform definiţiilor pe care le utilizăm (vezi pp. 18-19), implicarea principală a unei reacţii imunitare face ca aceste afecţiuni (presupunînd că alimentele sînt un factor) să fie eligibile pentru denumirea de „alergie alimentară non-IgE". Nu fiţi însă surprins dacă medicul de familie nu va fi de acord întru totul cu această descriere.

În cazul bolii celiace, motivul este că boala reprezintă o reacţie autoimună şi, pe de altă parte, ţine de domeniul medicinei tradiţionale. Boala celiacă a fost întotdeauna de competenţa gastroenterologilor. Faptul că este declanşată de o reacţie la grîu s-a descoperit abia în cel de-al Doilea Război Mondial cînd, în Olanda ocupată, nu se găsea pîine şi oamenii au fost nevoiţi să mănînce bulbi de lalele – un medic cu spirit de observaţie a remarcat că unii copii, care avuseseră dintotdeauna diaree severă şi fuseseră groaznic de slabi, au devenit mult mai sănătoşi pe durata războiului (spre deosebire de restul populaţiei) şi au avut o recidivă gravă ulterior.

Deşi rolul glutenului din cereale în această boală este cunoscut de jumătate de secol, literaturii de specialitate i-a luat foarte mult timp să înceapă a descrie boala celiacă ca fiind o alergie alimentară. Aceasta s-a petrecut abia recent, făcînd parte din mişcarea mai largă de extindere a domeniului cunoscut ca alergologie. Chiar şi acum, cînd ideea este destul de comună în literatura de specialitate, încă mulţi medici nu sînt de accord cu ea şi nu o descriu în acest fel în conversaţiile uzuale. „Alergie alimentară", în limbajul comun medical, încă mai înseamnă alergie alimentară clasică IgE.

În cazul bolii Crohn, reacţia la alimente este o parte a cauzei la unii dintre pacienţi, dar nu la toţi. În timp ce rolul alimentelor este acum recunoscut de gastroenterologi, depistarea reacţiilor de sensibilitate la alimente încă nu este o componentă de rutină a tratamentului. Opiniile medicale ortodoxe şi metodele de tratament corespunzătoare sînt foarte puţin deschise la schimbare, în ciuda dovezilor ştiinţifice întemeiate care susţin noile descoperiri.

Afecţiunile eozinofilice sînt un alt gen de problemă. Afecţiuni precum gastroenterita eozinofilică au existat, fără îndoială, dintotdeauna, dar abia recent au fost recunoscute drept o categorie distinctă de boli, iar problema de bază (influxul de eozinofile) identificată. Deoarece acestea nu sînt categorii de diagnostic certificate odată cu trecerea timpului, nu există nici idei bine conturate în ceea ce le priveşte şi nici tradiţii medicale de durată privitoare la tratament – astfel medicii au acceptat mai uşor ideea că sensibilitatea alimentară poate fi o parte din cauză.

Scanned with OKEN Scanner

Boala celiacă

Această afecţiune mai este cunoscută şi sub alte denumiri, precum celiachie. În trecut, era considerată o afecţiune rară, cu simptome disticte, care întotdeauna includeau diareea, şi care erau întotdeauna severe. În prezent, se ştie că boala celiacă produce numeroase seturi de simptome şi că este destul de răspîndită, afectînd aproximativ o persoană din o sută în Marea Britanie.

Cifrele sînt şi mai mari în rîndul unor grupuri etnice şi printre rudele celor care au boala celiacă. Dacă aveţi un frate sau o soră care are boala celiacă, aveţi 10% şanse să o dezvoltaţi şi dumneavoastră. Dacă aveţi un frate geamăn identic cu această boală, probabilitatea creşte cu 70%.

Diareea, scăderea în greutate şi alte simptome distinct care sînt de mult recunoscute ca fiind caracteristice bolii celiace sînt acum cunoscute ca *boala celiacă clasică*. O afecţiune a pielii, numită *dermatită herpetiformă* (vezi p. 134), care apare la rudele pacienţilor cu boala celiacă (deşi sînt afectaţi şi indivizi fără vreun istoric de acest gen în familie), este şi ea recunoscută de multă vreme.

Pe de altă parte, formele neclasice de boală celiacă (care pot afecta creierul, ficatul, inima şi alte sisteme ale organismului sau pot să nu aibă simptome evidente) au fost descrise abia de curînd. Unii medici, care nu sînt specialişti în acest domeniu, pot să nu cunoască încă diferitele înfăţişări sub care poate apărea boala celiacă. Totuşi, formele atipice sînt cele mai comune: un studiu efectuat la Spitalul Royal Hallamshire din Sheffield, de exemplu, a scos la iveală că 70% dintre pacienţii diagnosticaţi cu boala celiacă aveau simptome neclasice. Alte studii au descoperit că aproape 50% dintre copiii diagnosticaţi cu boala celiacă nu manifestă diaree şi nici alte simptome digestive.

Marea majoritate a celor care suferă de boala celiacă nu au fost diagnosticaţi, iar unii dintre ei nici măcar nu sînt conştienţi de simptome, deşi testele arată că, de fapt, sînt anemici sau au deja un început de osteoporoză. Aceasta se numeşte boală celiacă „silenţioasă".

În cazul persoanelor cu boala celiacă şi dermatită herpetiformă, există un singur tip de alimente incriminate: grîul şi rudele sale apropiate (secara, orzul şi soiurile mai vechi de grîu – vezi p. 139). Elementul incriminat din aceste cereale este principala proteină pe care o conţin, numită în general *gluten*.

Numeroasele denumiri ale glutenului

Glutenul este un amestec de proteine, care se încadrează în două mari grupe, *gliadinele* şi *gluteninele*. În trecut, se credea că doar proteinele din grupa gliadinelor erau cauza problemelor, dar acum se ştie că proteinele din ambele grupe provoacă boala celiacă. În literatura medicală, proteinele incriminate sînt adesea numite gliadine sau *prolamine*.

În orz, proteinele de tip gluten se numesc *hordeine*, iar în secară, *secalină*. Ambele sînt la fel de problematice pentru celiaci ca şi grîul. Proteina echivalentă din ovăz, *avenina*, este mai puţin similară glutenului şi poate fi tolerată în cantităţi mici (vezi pp. 146-147).

Nu toate persoanele care manifestă simptome după ce mănîncă grîu sau care se simt mai bine în urma unei diete fără gluten au boala celiacă. Există şi alte tipuri de reacţie de sensibilitate care se pot manifesta la consumul de grîu/gluten. Boala celiacă şi dermatita herpetiformă (cunoscute sub denumirea colectivă de *enteropatii sensibile la gluten*) reprezintă un tip particular şi distinct de reacţie de sensibilitate la gluten.

Acest tip particular de reacţie, care cauzează o formă caracteristică de leziune a mucoasei intestinului subţire numită *atrofie viloasă*, rareori are loc în cadrul altor tipuri de reacţii alimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Există teste utile care pot arăta dacă aveţi boala celiacă sau nu (descrise în detaliu mai tîrziu în acest capitol) şi pe care este important să le efectuaţi. Boala celiacă poate avea consecinţe îngrijorătoare pentru sănătate pe termen lung, dacă nu este tratată printr-o dietă fără gluten. Deoarece are potenţialul de a fi mult mai severă decît, să spunem, o reacţie de intoleranţă la grîu, este esenţial să fie identificată adecvat de un medic. *Toate testele disponibile, inclusiv cele sangvine, trebuie efectuate înainte de a elimina glutenul din dietă, deoarece diagnosticul s-ar putea să nu funcţioneze în timp ce se urmează o dietă strictă, lipsită de gluten.* Cu toate acestea, dacă urmaţi deja o dietă fără gluten, tot puteţi fi testat, cu condiţia să mîncaţi din nou gluten pentru o perioadă de timp premergătoare testului (vezi p. 199).

Ce cauzează boala celiacă şi afecţiunile înrudite?

Decizia de a urma o dietă fără gluten poate fi dificilă pentru unele persoane. Fără a înţelege ce se petrece în boala celiacă (şi, în particular, ce semnifică rezultatele biopsiei şi ale testelor sangvine), este greu să iei o decizie în cunoştinţă de cauză. Prin urmare, secţiunea de faţă va explica factorii care duc la leziunile mucoasei intestinale. Este o imagine deosebit de complexă şi am încercat să o simplificăm pe cît posibil, fără a omite punctele importante.

Boala celiacă apare deoarece sistemul imunitar lansează un atac împotriva mucoasei intestinului subţire (cu alte cuvinte, e un tip de boală autoimună). La examinarea sub microscop, mucoasa intestinală manifestă semne distinctive de leziune, atrofia viloasă. Glutenul face sistemul imunitar să se întoarcă împotriva propriului organism, în particular asupra mucoasei intestinale.

Pentru apariţia bolii celiace şi a dermatitei herpetiforme este nevoie de trei lucruri: mai întîi, o anumită alcătuire genetică, care predispune individul la boală; în al doilea rînd, consumul de gluten; în al treilea rînd, unele dintre produsele parţial digerate ale glutenului pătrund în celulele mucoasei intestinale, iar riscul unei reacţii creşte dacă inflamaţia este deja prezentă, cum ar fi în timpul unei infecţii.

Necesitatea ultimului pas explică de ce nu toţi indivizii cu alcătuirea genetică potrivită fac boala celiacă, în ciuda consumului de gluten. De asemenea, explică de ce persoanele predispuse nu fac boala neapărat după ce consumă gluten.

Pentru a înţelege ce se întîmplă, trebuie să ştiţi că toate celulele corpului nostru au markeri pe suprafaţa exterioară, care sînt dictaţi de gene. Markerii sunt molecule MHC de clasa II, iar tipurile diferite sînt desemnate prin nume care încep cu HLA-DQ. Indivizii predispuşi la boala celiacă au fie HLA-DQ2, fie HLA-DQ8. Această alcătuire genetică este destul de comună: HLA-DQ2 se întîlneşte la 25-30% din populaţie.

Moleculele HLA îndeplinesc diferite funcţii, una dintre ele fiind să stea pe suprafaţa celulelor imunitare CPA. Ele sînt ofiţerii de emigrare ai sistemului imunitar – reţin noii sosiţi, îi examinează atent şi îi prezintă celorlalte celule imunitare, pentru a se hotărî cum să acţioneze la prezenţa lor.

Deşi CPA sînt importante în boala celiacă, nu reprezintă punctul de început al bolii. Boala începe cu digestia glutenului în stomac, o sarcină îndeplinită de enzimele digestive.

Cînd o proteină este digerată, este mărunţită în fragmente foarte scurte numite *peptide*. Glutenul este destul de greu de digerat, iar peptidele rezultate din el sînt neobişnuit de lungi.

Aceste peptide lungi, în mod normal, nu reuşesc să pătrundă în număr mare în celulele mucoasei digestive. Este probabil nevoie de inflamaţia produsă de o infecţie – cum ar fi o infecţie cu un rotavirus sau alt tip de microb digestiv – care să le permită să pătrundă în masă. (Orice inflamaţie are tendinţa de a spori permeabilitatea mucoasei intestinale.)

Scanned with OKEN Scanner

Intrarea peptidelor în celule se poate petrece în oricare organism şi nu este o problemă deosebită în sine, deoarece peptidele pot fi eliminate. Doar persoanele predispuse la boala celiacă sînt în pericol din cauza peptidelor pătrunse în celule.

Odată în interiorul celulelor, peptidele întîlnesc o enzimă numită *transglutaminaza din ţesuturi* sau *tTG*. Funcţia acestei enzime, care se găseşte în toate celulele organismului, este să ajute la repararea ţesuturilor lezate prin lipirea proteinelor rupte.

Primul pas în procesul de reparare este să îndepărteze anumiţi nasturi chimic, numim grupuri de amine, care sînt ataşate de proteine. Aici se complică scenariul. Peptidele derivate din gluten au, întîmplător, foarte multe grupuri de amine. Enzima tTG (care nu are acces la nici un plan de acţiune, ci face ceea ce i se pare ei firesc) confundă peptidele derivate din gluten cu proteine rupte ale organismului şi începe să le cureţe de grupurile de amine, ca să le poată repara.

Din păcate, aceasta transformă peptidele din gluten într-o anumită formă chimică care se ataşează puternic la HLA-DQ2 sau HLA-DQ8.

Celulele CPA (prezentatoare de antigen) nu au nici ele acces la un plan general : ele sînt roboţi microscopici care urmează orbeşte reflexele cu care au fost create. Unul dintre reflexe are legătură cu tot ceea ce se ataşează foarte puternic de suprafaţa moleculelor lor – le declanşează toate semnalele de alarmă şi le face să treacă direct la acţiune. (Fără îndoială, ofiţerii de emigrare reacţionează la fel dacă le strîngi mîna şi nu le mai dai drumul.) Celulele CPA stîrnesc şi alte celule imunitare, celulele T, ceea ce duce la dezvoltarea de celule T care răspund în mod specific la profilul chimic al peptidelor derivate din gluten. Efectul prezenţei celulelor T specifice este etichetarea peptidelor din gluten ca fiind „foarte periculoase".

Deoarece transglutaminaza din ţesuturi (enzima care a creat, fără intenţie, aceste peptide înfricoşătoare) se află în apropiere, este prinsă în tot acest haos şi identificată cu un alt factor-problemă. Aici începe cu adevărat procesul bolii celiace ; avem acum elemente ale sistemului imunitar (celule T) care consideră o parte naturală a organismului (transglutaminaza tisulară) ca fiind un microb letal. Avem de-a face, cu alte cuvinte, cu o *reacţie autoimună*. Transglutaminaza tisulară se găseşte peste tot în organism, ceea ce explică simptomele atît de diverse ale bolii celiace.

Impactul reacţiei autoimune asupra mucoasei intestinului subţire poate fi sever. Semnele tipice de leziuni sînt o aplatizare a *vililor*, care reprezintă o parte vitală a sistemului digestiv, şi o mărire a glandelor intestinale sau a *criptelor* situate între vili (*hiperplazia criptelor*).

Toate evenimentele descrise pînă aici au loc în interiorul vililor. Vilii arată la microscop ca nişte fîşii lungi şi subţiri care se extind din suprafaţa interioară a intestinului subţire. Un intestin subţire normal, văzut la microscop, pare a fi căptuşit cu o blană miţoasă, datorită milioanelor de vili.

În cazul bolii celiace severe şi netratate, aspectul de blană dispare, iar mucoasa intestinului subţire pare aproape plată, mai degrabă ca o piele de crocodil. Starea aceasta foarte gravă se numeşte *atrofie viloasă totală* şi este specifică bolii celiace. Vestea bună este că, pentru majoritatea pacienţilor celiaci, o dietă fără gluten poate reversa procesul, permiţîndu-le vililor să se refacă.

Leziunile mai puţin grave, în care vilii sînt mai scurţi şi tociţi, se numesc *atrofie viloasă parţială* sau *atrofie viloasă subtotală* şi sînt, de asemenea, aproape întotdeauna reversibile.

În ultimii ani, medicii au descoperit că pot exista forma mai uşoare de boală celiacă în care vilii arată aproximativ normal, dar criptele sînt mărite şi există numeroase celule imunitare în interiorul vililor, mai multe decît ar trebui. Mai sînt şi pacienţii ai căror vili şi cripte arată perfect normal şi totuşi există mase enorme de celule imunitare în interiorul vililor, singurul indiciu că ceva e în neregulă. (Întrebarea dacă persoanele din aceste două categorii trebuie incluse în categoria pacienţilor cu boala celiacă este interesantă şi vom reveni la ea mai tîrziu în acest capitol.)

Scanned with OKEN Scanner

Atrofia viloasă este o problemă serioasă, deoarece vilii au un rol important în digestie. În interiorul lor se află un sistem complex de celule şi vase de sînge care extrag substanţele nutritive din hrana aflată în intestin. Atunci cînd vilii sînt aplatizaţi, complet sau parţial, absorbţia nutrienţilor este redusă.

Aceasta se numeşte *malabsorbţie* şi duce, în cele din urmă, la carenţe de fier şi vitamine. Şi grăsimile pot fi absorbite în cantităţi mai mici, de aici rezultînd pierderea în greutate. Grăsimile trec în intestinul gros, avînd ca rezultat scaunele deschise la culoare şi cu miros foarte urît care conţin grăsimi (*steatoree*).

În acelaşi timp cu malabsorbţia, se mai pot întîlni şi molecule intacte de alimente care trec direct în fluxul sangvin, din cauza leziunilor mucoasei intestinale (vezi p. 28), ceea ce poate cauza alte intoleranţe alimentare.

Odată declanşată reacţia imunitară în mucoasa intestinală, structura normală a celulelor este modificată, fiind atrase şi mai multe celule imunitare şi generîndu-se astfel tipul de substanţe-mesager care alimentează inflamaţia (*citokinele proinflamatorii*). În ansamblu, odată alertat sistemul imunitar, şi mai multe lucruri se pot deregla. Moleculele ce aparţin organismului, care sînt de obicei ascunse în interiorul celulelor, devin brusc expuse pazei imunitare, din cauza descompunerii celulelor. Sistemele de control care, în mod normal, împiedică sistemul imunitar să atace propriul organism sînt astfel copleşite, deci vor avea loc şi mai multe reacţii autoimune.

Unele dintre aceste reacţii vor produce *anticorpi* – elementele libere ale sistemului imunitar. Anticorpii împotriva enzimelor tTG ajung în fluxul sangvin, ceea ce asigură o modalitate de detectare a procesului celiac manifestat în intestin (vezi mai jos). Însă anticorpii împotriva tTG sînt doar o parte minoră a bolii. Adevăratele leziuni ale bolii celiace sînt produse de acele celule T programate să recunoască peptidele derivate din gluten şi enzima tTG ca inamici principali.

Un număr mic de ghinionişti au o alergie IgE imediată la grîu, pe lîngă boala celiacă, de aceea reacţiile inflamatorii la grîu sînt mult mai severe.

Reducerea riscurilor de boală celiacă

Introducerea glutenului în dieta unui copil la momentul potrivit poate ajuta la reducerea riscurilor de boală celiacă la indivizii susceptibili din punct de vedere genetic. Pentru mai multe detalii, vezi p. 347.

Simptomele bolii celiace clasice

Forma de boală celiacă care implică simptome severe ce afectează sistemul digestiv este acum numită boala celiacă clasică. Nu cu mulţi ani în urmă, era singurul tip de boală celiacă recunoscut de medici. Simptomele bolii celiace clasice sînt: diaree cu scaune deschise la culoare şi urît mirositoare, gaze şi balonare abdominală.

La bebeluşi, creşterea este încetinită şi pot manifesta iritabilitate şi lipsa poftei de mîncare. Simptomele apar, de obicei, cînd bebeluşul este înţărcat, la cîteva săptămîni după introducerea cerealelor în alimentaţie.

Simpomele clasice la copii şi adulţi mai pot include dureri abdominale, pierdere în greutate, ulceraţii bucale recurente, stare de rău şi slăbiciune. Deşi mulţi îşi pierd pofta de mîncare, unii pacienţi au un apetit exagerat.

Toate aceste probleme debutează lent la adulţi sau pot fi declanşate de o criză de diareea călătorului sau de sarcină. De obicei, durează pînă cînd boala celiacă este diagnosticată.

Scanned with OKEN Scanner

Deoarece mucoasa intestinală lezată nu reuşeşte să absoarbă fierul şi anumite vitamine aşa cum trebuie, copiii cu boala celiacă se dezvoltă greu, li se formează mai lent masa musculară şi sînt scunzi pentru vîrsta lor. Odată diagnosticaţi şi trecuţi la o dietă strictă fără gluten, încep să crească normal şi recuperează neajunsurile.

La adulţi, boala celiacă netratată poate duce la anemie şi subţierea oaselor (osteopenie sau osteoporoză). Nivelurile reduse de acid folic pot cauza infertilitatea (deşi ea se poate manifesta la pacienţii celiaci şi din alte motive decît deficienţa de vitamine, atît la bărbaţi, cît şi la femei).

Dermatita herpetiformă

Aceeaşi alcătuire genetică care duce la boala celiacă poate produce o afecţiune dermatologică numită dermatită herpetiformă. De obicei, debutează între 10 şi 40 de ani, adesea în adolescenţă.

Afecţiunea constă într-o iritaţie extrem de pruriginoasă, usturătoare şi cu vezicule, cel mai frecvent pe suprafaţa externă a coatelor şi genunchilor, adesea pe fese, umeri, spate, piept, faţă şi scalp şi uneori pe aproape toată suprafaţa corpului. Iritaţia va fi prezentă de ambele părţi ale corpului, în mod simetric. Veziculele se pot sparge şi elimina un lichid transparent. Cînd se vindecă, lasă în urmă o cicatrice vineţie temporară. Se pot infecta cu *Staphylococcus aureus*.

Dermatita herpetiformă este confundată cu uşurinţă cu eczema atopică şi frecvent diagnosticată iniţial ca scabie, dermatită de contact, o simplă infecţie cu *Staphylococcus aureus*, acnee sau un tip de psoriazis. Cînd iritaţia este localizată pe fese, se confundă uneori cu o boală transmisă pe cale sexuală.

Cînd este diagnosticată greşit, adesea se prescriu creme cu steroizi. Ele pot ţine mîncărimile sub control pentru o vreme, dar nu elimină iritaţia.

Iritaţia dispare treptat odată cu urmarea unei diete fără gluten. Persoanele cu dermatită herpetiformă au, de asemenea, şi leziuni ale mucoasei intestinale, de acelaşi tip cu ale celor întîlnite la boala celiacă, dar mai puţin severe. Unii au şi diaree şi pot fi diagnosticaţi cu sindromul de colon iritabil (vezi capitolul 12). Apar adesea şi ulceraţiile bucale.

Aproximativ 5% dintre pacienţii cu boala celiacă dezvoltă, pe parcurs, şi dermatită herpetiformă, dar majoritatea prezintă doar una dintre cele două afecţiuni. La cei cu dermatită herpetiformă, o dietă bogată în gluten poate declanşa boala celiacă în adevăratul sens al cuvîntului.

Reacţia la gluten de la nivelul mucoasei intestinale are loc şi în dermatita herpetiformă, dar se mai petrece şi alt proces. Un anumit tip de anticorp, numit IgA dimeric, este transportat prin fluxul sangvin de la intestin la piele. Este apoi depozitat în piele, pe tot corpul, dar are tendinţa de a produce iritaţii mai prompte doar în anumite regiuni.

Simptomele bolii celiace neclasice

Pacientul celiac clasic, pe care îl va recunoaşte orice medic, este slab şi plăpînd. Mulţi dintre cei diagnosticaţi în prezent ca fiind celiaci sînt, de fapt, supraponderali (în ciuda malabsorbţiei). Aceasta este doar una dintre prejudecăţile despre boala celiacă care au fost infirmate în ultimii ani, odată cu noile descoperiri în legătură cu această boală cameleonică.

Boala celiacă poate provoca simptome la nivelul articulaţiilor, inimii, ficatului, rinichilor, creierului şi nervilor. Poate duce la infertilitate şi pierderi de sarcină şi chiar la căderea părului (în timp ce uneori, în mod extraordinar, nu produce nici un simptom).

Scanned with OKEN Scanner

Cum poate o boală să prezinte o asemenea varietate de simptome? Deficienţele nutriţionale datorate leziunilor viloase explică unele dintre efectele bolii celiace dincolo de sistemul digestiv. Descoperirea relativ recentă că boala celiacă implică un atac autoimun asupra transglutaminazei tisulare, o enzimă esenţială care reface ţesuturile din întreg corpul, explică mult mai multe simptome.

Nu uitaţi, în timp ce citiţi această secţiune, că toate seturile de simptome descrise pot fi cauzate şi în alte moduri. Majoritatea simptomelor se datorează enteropatiei glutenului doar la o *minoritate* a pacienţilor care le suferă.

În fiecare an, lista de lucrări ştiinţifice care descriu simptome neobişnuite ale bolii celiace devine din ce în ce mai lungă. Ar fi nerezonabil să vă aşteptaţi ca medicul de familie să fi auzit de toate formele posibile pe care le poate lua boala celiacă (şi să fie la curent cu toate descoperirile din celelalte domenii ale medicinei). Medicii nici nu pot spera că vor putea citi toate lucrările ştiinţifice publicate pe parcursul unui an. Ar fi o sarcină imposibilă, chiar dacă ar renunţa la somn şi şi-ar petrece toate nopţile citind. Dacă vreţi să fiţi testat pentru boala celiacă, deoarece aveţi simptome inexplicabile de genul celor descrise aici, înarmaţi-vă cu informaţii, dar şi cu mult tact.

Simptomele la bebeluşi şi copii

Bebeluşii cu boala celiacă suferă mai degrabă de vomă şi constipaţie decît de diaree. Sînt, cel mai probabil, irascibili şi au o stare generală proastă.

La copiii mai mari, boala celiacă se poate manifesta prin constipaţie sau oboseală, anemie sau ulceraţii bucale. Alte simptome posibile sînt vulnerabilitatea la infecţii, greaţă, indigestie şi poftă slabă de mîncare. Dentistul ar putea fi primul care să semnaleze boala celiacă, prin observarea unei decolorări specifice a dinţilor.

Mulţi copii celiaci sînt scunzi pentru vîrsta lor, iar unii dintre ei nu au alte simptome şi nici probleme digestive. Alţii manifestă puţine simptome, adesea doar dureri abdominale sau sînt cam slabi.

În cazuri rare, boala celiacă afectează ficatul sau rinichii copiilor. Ocazional apar simptome datorate efectelor asupra sistemului nervos şi creierului, cum ar fi depresia sau chiar epilepsia. A mai fost enunţată o posibilă legătură între boala celiacă şi autism, care a fost analizată cu mare atenţie, dar nu s-au găsit încă dovezi convingătoare. Pe de altă parte, există dovezi solide că boala celiacă este uneori de vină în problemele de comportament, dificultăţile de învăţare şi durerile de cap.

Unii copii pot avea simptome ascunse, cum ar fi osteoporoza (complet reversibilă printr-o dietă fără gluten, atîta vreme cît este urmată încă din copilărie). La copiii care nu sînt diagnosticaţi pînă la adolescenţă, pubertatea poate întîrzia.

Simptomele la adulţi

La adulţi, cele mai comune simptome ale bolii celiace neclasice sînt oboseala (adesea datorată anemiei), irascibilitatea şi depresia. Osteoporoza este şi ea tipică, la fel ulceraţiile bucale recurente. La unele persoane, constipaţia este simptomul principal sau alternarea constipaţiei cu diareea. Femeile pot avea ciclu menstrual neregulat şi infertilitate inexplicabilă. Alte simptome posibile sînt durerile abdominale, indigestia sau refluxul acid.

Există cîteva cazuri bine documentate de pacienţi al căror unic simptom era căderea părului (alopecie), dar care manifestau leziunile mucoasei intestinale tipice bolii celiace şi al căror păr a crescut la loc în urma dietei fără gluten. (Există şi pacienţi cu acelaşi set de simptome a căror mucoasă intestinală îşi revine în urma dietei fără gluten, dar cărora nu le mai creşte părul la loc.)

Scanned with OKEN Scanner

Următoarele seturi de simptome se pot datora sau pot fi agravate, ocazional, de boala celiacă, caz în care un test sangvin pentru anticorpi de tip celiac este necesar:

- Probleme ale ficatului cunoscute sub denumirea de hepatită nespecifică cu hipertransaminemie (va fi scoasă la iveală prin teste sangvine). Persoanele cu acest tip de afecţiune a ficatului, care manifestă şi semne ale bolii celiace, au beneficii enorme de pe urma dietei fără gluten, astfel încît nu mai au nevoie de un transplant de ficat.
- Simptomele neurologice a căror cauză nu a fost identificată, cum ar fi neuropatia periferică (pierderea senzaţiei şi furnicături la nivelul mîinilor şi picioarelor), ataxie (pierderea coordonării musculare) sau slăbiciune musculară inexplicabilă. Există şi cîteva cazuri de epilepsie raportate ca fiind cauzate de boala celiacă.
- Miocardita, o afecţiune autoimună care poate duce la insuficienţă cardiacă şi aritmie. Peste 4% din pacienţi s-au dovedit a fi celiaci nediagnosticaţi, în cadrul unui studiu efectuat în Italia. Şi-au revenit urmînd o dietă fără gluten.
- Pericardita, o inflamaţie a pericardului, membrana care înveleşte inima.
- Dureri articulare inexplicabile. Artrita reumatoidă (vezi capitolul 13) poate – foarte rar – să fie asociată cu boala celiacă şi să reacţioneze la dieta fără gluten.
- Complicaţii ale sarcinii, cum ar fi avorturile spontane repetate.

Frecvenţa schizofreniei este mai ridicată în rîndul celor care suferă de boala celiacă decît în cadrul populaţiei generale. Persoanele celiace care continuă să consume gluten sînt de asemenea vulnerabile la alte probleme psihologice.

Probleme secundare

Anemia şi osteoporoza sînt frecvente în boala celiacă netratată (vezi mai sus). Diferite alte probleme de sănătate au tendinţa de a debuta la persoanele cu boala celiacă nediagnosticată mult timp, care nu urmează o dietă fără gluten ori o urmează doar parţial. Riscul acestor probleme suplimentare se reduce, în general, dacă urmaţi o dietă 100% fără gluten.

Persoanele cu boala celiacă care nu urmează o dietă strictă fără gluten au un risc mai mare de a dezvolta diferite tipuri de cancer care afectează celulele imunitare localizate în sistemul digestiv. După 1-5 ani de dietă riguroasă fără gluten, celiacii prezintă un risc de cancer la fel ca restul populaţiei.

Rata mortalităţii în rîndul pacienţilor cu boala celiacă clasică este mai mare decît în rîndul populaţiei generale, mai ales dacă durează mult timp pînă la diagnosticare şi tratament sau nu evită complet glutenul odată diagnosticaţi. (Rata mortalităţii ridicată corespunde primilor cîţiva ani după diagnosticare, iar persoanele care urmează o dietă fără gluten cu mare grijă aproximativ trei ani vor avea o medie de viaţă la fel cu a celorlalţi.) Pentru persoanele care au dermatită herpetiformă sau boala celiacă „silenţioasă" ori sînt diagnosticaţi cînd simptomele sînt încă uşoare, rata mortalităţii este doar uşor crescută sau deloc.

Întrebarea dacă efectele secundare ale bolii celiace pot apărea şi la persoanele cu boala celiacă „silenţioasă" este importantă în momentul în care trebuie să decideţi dacă să urmaţi o dietă fără gluten sau nu, din moment ce nu există simptome evidente. Au fost cîteva cazuri individuale în care tipul de cancer intestinal asociat bolii celiace a apărut la un pacient „silenţios", dar, în ansamblu, riscurile nu sînt nici pe departe atît de mari ca în cazul bolii celiace propriu-zise.

Scanned with OKEN Scanner

Relaţia dintre boala celiacă, diabet şi bolile tiroidei

Copiii cu boala celiacă sînt mai predispuşi să facă diabet de tip I decît alţi copii, iar copiii diabetici au mai multe şanse să facă boala celiacă. Pentru a vă forma o idee despre dimensiunea acestei relaţii, un copil cu diabet de tip I are 5% şanse de a face boala celiacă, comparativ cu 1% pentru copii în general.

Ambele sînt forme de boală autoimună - adică o boală în care sistemul imunitar se întoarce asupra propriului organism. (În diabetul de tip I, atacul are loc asupra celulelor din pancreas care produc insulina.) Într-o anumită măsură, asocierea dintre cele două boli are cauze genetice: anumite gene care îl fac pe copil susceptibil la reacţia autoimună de la baza bolii celiace îl poate, de asemenea, predispune la reacţia care duce la diabetul de tip I.

Asta este tot? Sau ar putea boala celiacă - lăsată netratată - să fie o cauză în sine, făcînd mai probabil debutul diabetului? Numeroase studii au arătat că expunerea la gluten influenţează riscul de diabet. Cercetătorii de la Universitatea din Trieste, Italia, au arătat că, atunci cînd copiii sînt diagnosticaţi mai întîi cu boala celiacă, mulţi dintre ei au şi tipul de anticorpi care poate duce la diabet. După un an de dietă fără gluten, aceşti anticorpi dispar aproape în totalitate.

Un copil cu boala celiacă „silenţioasă" (anticorpii celiaci specifici şi leziunile intestinale, fără simptome) prezintă un risc mai mic de a dezvolta diabet de tip I mai tîrziu dacă urmează o dietă fără gluten? Răspunsul se pare că este afirmativ.

În mod interesant, copiii care au deja diabet, dar şi boala celiacă „silenţioasă" îşi pot ţine diabetul mai bine sub control atunci cînd urmează o dietă fără gluten.

Reacţiile autoimune împotriva tiroidei, care produc tireotoxicoză, sînt şi ele mai comune la persoanele cu boala celiacă şi, din nou, se datorează unui fundal genetic similar. Studiul efectuat la Universitatea din Trieste descris mai sus a descoperit că mulţi copii proaspăt diagnosticaţi cu boala celiacă au şi anticorpi împotriva tiroidei, care au scăzut în număr, dispărînd apoi complet în urma unei diete fără gluten.

Reacţiile autoimune împotriva ficatului sînt şi ele legate de boala celiacă şi pot duce la niveluri ridicate ale unor enzime ale ficatului în sînge (vezi mai sus). De fapt, multe dintre simptomele atipice ale bolii celiace se pot datora autoimunităţii. De exemplu, noile dovezi ştiinţifice arată că osteoporoza la celiaci poate fi cauzată de atacul sistemului imunitar asupra transglutaminazei tisulare aflate în oase (deşi nivelurile scăzute de calciu şi vitamina D în sînge pot avea şi ele un rol).

Pacienţii cu simptome neurologice şi boala celiacă au anticorpi împotriva tTG depozitată în jurul vaselor de sînge din creier.

Diagnosticul

Diagnosticul de boală celiacă depindea în trecut în totalitate de *biopsie* (vezi pp. 59-60). Apariţia testelor sangvine care depistează indivizii care ar putea avea boala a fost un important pas înainte. Cu toate acestea, biopsia rămîne standardul de bază al diagnosticării în prezent.

În cazul dermatitei herpetiforme, o biopsie a pielii (o mostră foarte mică de piele recoltată şi examinată la microscop) poate oferi un diagnostic precis. Mostra se recoltează dintr-o regiune neafectată de iritaţie.

Testele sangvine folosite pentru boala celiacă vor fi adesea pozitive şi în cazul dermatitei herpetiforme, însă nu întotdeauna, iar biopsiile intestinale vor arăta unele dintre semnele tipice ale reacţiei la gluten.

Scanned with OKEN Scanner

Biopsia

Pentru boala celiacă, o biopsie a mucoasei intestinului subţire este considerată esenţială. Nu este dureroasă, nu durează mult şi se poate efectua fără internare în spital. În funcţie de criteriile Marsh, biopsiile sînt clasificate după cum urmează:

Marsh III – Scurtarea sau aplatizarea totală a vililor (atrofie viloasă parţială sau totală) şi mărirea glandelor intestinale sau criptelor (hiperplazia criptelor).

Marsh II – Vilii sînt aproape normali ca formă şi structură, dar criptele sînt mărite; de obicei, sînt foarte multe celule imunitare în interiorul vililor.

Marsh I – „Arhitectură normală a mucoasei", adică forma şi mărimea vililor şi criptelor sînt normale, dar există neobişnuit de multe celule imunitare în interiorul vililor.

Marsh 0 – Totul este normal.

Leziunile mucoasei intestinale pot fi grupate pe zone, mai degrabă decît să fie repartizate uniform. De obicei, se recoltează mai multe biopsii, din zone diferite, pentru rezultate corecte.

Deşi acum există teste sangvine care pot indica probabilitatea bolii celiace (vezi mai jos), ele nu sînt absolut categorice şi, conform părerii multor medici, biopsia încă este forma 100% sigură de diagnostic. (Situaţia de „potenţială boală celiacă" atunci cînd nu există modificări evidente ale mucoasei intestinale, în ciuda testelor sangvine pozitive, va fi tratată mai jos.)

Rezultatul biopsiei vă va garanta că dumneavoastră sau copilul dumneavoastră veţi beneficia de tratamentul pe termen lung şi controalele medicale necesare. În lipsa lui, vă veţi situa într-o poziţie marginală. Dat fiind tot ce se cunoaşte despre efectele secundare ale bolii celiace asupra celorlalte sisteme ale organismului (vezi mai jos), veţi avea mult de cîştigat dacă sînteţi un pacient „celiac confirmat prin biopsie", spre deosebire de „probabil celiac" în fişa medicală. Aveţi, în acelaşi timp, şi certitudinea că simptomele pe care le manifestaţi nu se datorează altui factor.

Este necesar să efectuaţi biopsia (şi testele sangvine pentru anticorpi) *înainte* de a începe dieta fără gluten, deoarece leziunile se vindecă atunci cînd glutenul este evitat. Procesul de vindecare este destul de rapid la unele persoane (în timp ce la altele poate dura luni întregi), iar dacă mucoasa intestinală revine la normal, biopsia va fi negativă. Aceasta înseamnă că nu se obţine niciodată un diagnostic cert, ceea ce nu este bine: dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră aveţi boala celiacă, atunci este foarte important să ştiţi sigur. Este necesar un efort uriaş de autodisciplină pentru a urma dieta fără gluten în fiecare zi, pentru restul vieţii. Dacă aveţi doar intoleranţă la grîu, de exemplu, şi nu boala celiacă, puteţi fi mai puţin strict în dietă, fără a vă pune sănătatea într-un pericol foarte mare. Dacă aveţi boala celiacă, nu vă puteţi permite nici un risc. În cazul copiilor, tentaţia de a abandona dieta strictă fără gluten devine foarte mare atunci cînd cresc şi pot decide singuri ce să mănînce. Dacă ştiţi sigur că copilul dumneavoastră este celiac, este bine să-i explicaţi motivele: dacă aveţi noroc, va înţelege că trebuie să citească etichetele şi să spună „nu" alimentelor tentante care conţin gluten.

Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră urmaţi o dietă fără gluten pentru un timp, apoi mergeţi la medic, vă veţi putea trezi în situaţia dificilă în care vi se va cere să reveniţi la dieta normală pentru o anumită perioadă, pentru a se putea efectua biopsia. Un copil ar putea să fie nevoit să mănînce gluten o lună sau două pentru ca simptomele să revină şi biopsia să poată fi efectuată. La un adult, poate dura pînă la trei luni.

O mamă care avea reticenţe în a reintroduce glutenul în alimentaţia copilului ei de doi ani astfel încît să i se poată efectua biopsia, a fost apoi bucuroasă că a făcut-o. Biopsia a arătat că nu avea, de fapt, boala celiacă, iar analizele ulterioare au indicat o fibroză chistică.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul acestei afecţiuni, tratamentul început de timpuriu este extrem de important, aşadar mama a fost în final mulţumită că a fost de acord cu biopsia.

Unde există dubii în legătură cu diagnosticul iniţial, poate fi efectuată o biopsie de control, după ce aţi urmat o dietă fără gluten pentru o vreme, care să verifice dacă mucoasa intestinală a revenit la normal. Dacă nu s-a schimbat deloc după 6-12 luni de dietă, înseamnă că leziunile sînt produse de altceva, nu de boala celiacă. O a doua biopsie se mai poate efectua şi dacă, în ciuda respectării dietei, nu vă simţiţi mai bine. Majoritatea pacienţilor au rezultate normale sau aproape normale la biopsie după aproximativ doi ani şi aproape toţi în mai puţin de cinci ani.

Opinii diferite despre boala celiacă

Cele de mai sus reprezintă opiniile acceptate despre boala celiacă în medicina convenţională în prezent. Păreri contrarii se pot găsi pe Internet. Unele vin din partea unor medici care abordează boala celiacă într-o manieră diferită. Altele vin din partea părinţilor unor copii cu risc de boală celiacă, care manifestă unele semne (cum ar fi teste sangvine pozitive), dar au avut rezultate negative la biopsii pînă acum. Medicii au tendinţa să recomande să nu se treacă la o dietă fără gluten dacă biopsia este normală (deoarece ei consideră biopsia pozitivă importantă şi ştiu că nu va fi posibilă după începerea unei diete). Pentru unii părinţi – cei care au încercat deja dieta fără gluten şi au constatat că sănătatea copilului se ameliorează în lipsa glutenului – pare o recomandare nefirească revenirea la alimentaţia normală pînă ce se vor produce din nou leziuni ale mucoasei intestinale. Îi îngrijorează posibilele riscuri pe termen lung asupra sănătăţii copilului aduse de o dietă fără restricţii care să fie urmată pînă la o biopsie anormală. Situaţiile în care copilul trebuie să urmeze o dietă strictă fără gluten înainte de a i se efectua biopsia sînt un subiect pe care e bine să-l discutaţi cu medicul în detaliu, înainte de a lua o decizie.

Există anumite dovezi în favoarea începerii din timp a dietei şi a evitării întârzierilor, cel puţin la unii pacienţi. Într-un experiment la scară mică, efectuat pe pacienţi cu simptome neurologice reactive la gluten, de exemplu, cei care au început dieta la mai puţin de şase luni de la apariţia simptomelor şi-au revenit complet, în timp ce pacienţii care au aşteptat mai mult nu au scăpat de toate simptomele neurologice.

Testele sangvine

Testele sangvine pentru anticorpii asociaţi bolii celiace sînt de folos în diagnosticare, deşi nu oferă acelaşi nivel de certitudine obţinut prin biopsie. Din nou, nu trebuie să urmaţi o dietă fără gluten înainte de a le efectua. Dacă deja evitaţi glutenul, vi se va cere să îl reintroduceţi în alimentaţie în cantităţi substanţiale (patru felii de pîine pe zi) timp de cel puţin şase săptămîni înainte de a face testele. Testele care vi se vor prescrie sînt:

- depistarea anticorpilor împotriva transglutaminazei tisulare, enzima atacată de sistemul imunitar (vezi mai sus);
- depistarea anticorpilor endomisiali sau EMA (vezi mai jos);
- depistarea anticorpilor împotriva gliadinei (parte a glutenului), cunoscuţi sub numele de anticorpi antigliadină (AGA).

Se va folosi o mostră de sînge şi pentru un test genetic. Acelaşi test se poate efectua şi pe o mostră recoltată din interiorul cavităţii bucale.

Scanned with OKEN Scanner

Testele genetice

Pentru aceste teste, nu are importanţă dacă mîncaţi gluten sau nu – rezultatul nu va fi afectat. Testele depistează fundalul genetic care indică susceptibilitatea de boala celiacă. Ele se numesc HLA-DQ2 şi HLA-DQ8 (vezi p. 131).

Dacă aveţi unul dintre cele două fundaluri genetice, nu înseamnă neapărat că veţi dezvolta boala celiacă, dar prezentaţi risc în acest sens, risc pe care îl veţi avea pentru tot restul vieţii.

Deşi HLA-DQ2 şi HLA-DQ8 sînt importante, nu sînt singurii factori genetici implicaţi – există şi alte gene care sporesc factorul de risc. Ele pot face mucoasa intestinală mai permeabilă sau pot slăbi mecanismele de control care trebuie să ţină în frîu reacţiile imunitare. Existenţa celorlalte gene care măresc susceptibiliatea la gluten explică de ce rudele apropiate ale celiacilor prezintă un risc mai mare de boală celiacă, deoarece au mari şanse să posede aceste gene suplimentare, pe lîngă HLA-DQ2 şi HLA-DQ8.

Testul genetic nu poate arăta dacă aveţi sau nu boala celiacă, detectează doar riscul. Un test negativ (care arată că nu aveţi fundalul genetic necesar) nu înlătură total posibilitatea bolii celiace, deoarece o minoritate a celiacilor nu au HLA-DQ2 şi HLA-DQ8. Cu toate acestea, apariţia bolii celiace este mai puţin probabilă. Dacă urmaţi deja o dietă fără gluten şi nu doriţi să reveniţi la consumul de gluten, medicul vă poate efectua un test genetic – în caz că este negativ, probabil nu aveţi boala celiacă, dar dacă este pozitiv, nu dovedeşte nimic, din moment ce atît de multe persoane au şi ele acest fundal genetic.

Testele pentru anticorpii din sînge

Genele dumneavoastră vor rămîne mereu neschimbate, dar nivelul de anticorpi din sînge variază. Există cîteva tipuri diferite de anticorpi depistaţi de testele moderne pentru boala celiacă/dermatita herpetiformă. Atunci cînd aceşti anticorpi îşi fac apariţia în sînge, este în general un indiciu că boala celiacă fie este prezentă, fie urmează să debuteze în viitorul apropiat. (Afirmaţia din urmă este deosebit de controversată – vom intra în detalii mai tîrziu.) Anticorpii se împuţinează şi apoi dispar odată cu urmarea unei diete fără gluten.

Anticorpii împotriva transglutaminazei tisulare depistaţi de test sînt anticorpi de tip IgA, numiţi tTG-IgA. Dacă îi aveţi, probabilitatea să dezvoltaţi boala celiacă sau dermatita herpetiformă este foarte mare, însă nu există certitudine. Dacă nu aveţi anticorpii, posibilitatea celor două boli nu este înlăturată, dar este mai mică. Din nefericire, există o afecţiune numită deficienţă de IgA, care poate de asemenea duce la teste negative, în ciuda unei boli celiace active – iar afecţiunea este mai comună în rîndul celiacilor decît al altor categorii de persoane, afectînd 2,6% dintre acestea. Un test sangvin complet, comandat de medic, va depista şi această afecţiune.

Trebuie să fiţi testat din nou pentru tTG-IgA odată ce aţi început o dietă fără gluten. Anticorpii ar trebuie să dispară treptat, iar dacă nu se întîmplă aşa, ar putea însemna că nu evitaţi complet glutenul. Nu uitaţi însă că anticorpii pot dispărea înainte ca mucoasa intestinală să revină la starea normală, de aceea mai manifestaţi unele simptome.

Celălalt test sangvin folosit la scară largă pentru boala celiacă depistează anticorpii endomisiali (AMA sau EMA). Aceştia sînt, de fapt, anticorpi împotriva transglutaminazei atunci cînd aceasta este implantată în interiorul anumitor structuri (endomisium) din mucoasa intestinală. Ţesuturile care conţin transglutaminază (adesea prelevate din cordonul ombilical) sînt expuse la sîngele pacientului testat pentru a vedea dacă are anticorpi care se vor ataşa la el. Există discuţii în contradictoriu dacă acest test este mai precis decît cel pentru tTG-IgA. Un studiu amănunţit efectuat în Australia sugerează că testul tTG-IgA este la fel de bun.

Scanned with OKEN Scanner

O nouă versiune a testului pentru EMA este disponibilă în prezent, folosind un dispozitiv care oferă rezultatul pe loc şi necesită doar o cantitate infimă de sînge recoltată din deget. Cu ajutorul acestei metode rapide şi mai puţin costisitoare, va fi posibil ca mai mulţi indivizi să fie testaţi. În Marea Britanie, testul poate fi achiziţionat fără reţetă. Avantajele şi dezavantajele testării la domiciliu sînt discutate la pp. 144-145.

Un alt anticorp folosit în trecut pentru a indica prezenţa bolii celiace este anticorpul antigliadină (AGA). Gliadina, după cum vă amintiţi, este o componentă a glutenului. Testul pentru acest anticorp nu mai este preferat, deoarece testele mai noi, precum cel pentru tTG-IgA, au o acurateţe mult mai mare. Şi persoanele sănătoase au antigliadină, al cărei nivel poate fi la fel de ridicat ca şi la bolnavii celiaci, aşa că există multe rezultate false, şi negative, şi pozitive. Dar, atunci cînd se încetează consumul glutenului, nivelul anticorpilor scade substanţial. Astfel, cu punctul de separare – vezi pp. 50-51 – setat la un nivel diferit, acest test poate fi util în a arăta dacă efortul unui pacient de a evita complet glutenul are succes.

Afirmaţia că testul AGA (cel mai adesea fabricat în laboratoare din SUA şi comercializat pe Internet) este cel mai sensibil în testarea pentru boala celiacă este pur şi simplu incorectă. Cercetările au dovedit că testele sangvine AGA pot să nu detecteze unele cazuri de boală celiacă cu leziuni intestinale bine definite şi simptome severe. Un studiu efectuat în Germania, folosind un kit de testare a scaunului care depista AGA (testul era vîndut direct pacienţilor) a dat rezultate foarte slabe în detectarea bolii celiace.

Pe de altă parte, există o nouă versiune a testului AGA, promiţătoare. În loc să folosească peptide obişnuite derivate din gluten, foloseşte peptide cărora tTG le-a curăţat o parte din grupurile de amine – exact tipul care declanşează boala celiacă. Depistarea anticorpilor împotriva acestor peptide este un test mult mai eficient pentru boala celiacă.

Testele de anticorpi pentru boala celiacă nu sînt prescrise la copiii sub doi ani.

Cîte cazuri de boală celiacă nu sînt recunoscute?

Un număr mare de studii din toată lumea sugerează că boala celiacă nu este diagnosticată în totalitate în multe ţări. Doar puţine – Italia, de exemplu – testează toţi copiii ca o rutină, folosind teste sangvine. În alte ţări, inclusiv Marea Britanie, cercetările sugerează că, pe lîngă fiecare pacient celiac cunoscut, mai există şapte persoane cu boala nediagnosticată.

Gama extrem de variată de simptome posibile (vezi mai sus) şi faptul că majoritatea simptomelor celiace se pot datora şi altor cauze îngreunează şi mai mult lucrurile. Deşi medicii sînt acum mult mai conştienţi că boala celiacă poate fi o potenţială explicaţie pentru mai multe probleme de sănătate, mulţi indivizi rămîn nediagnosticaţi multă vreme. Destul de des, pacienţii primesc acest diagnostic abia după ce ei înşişi l-au sugerat.

Restul aisbergului: boala celiacă „silenţioasă"

Unele persoane nu sînt conştiente de simptome, dar au de fapt leziuni de tip celiac ale mucoasei intestinale care sînt depistate şi de testele sangvine şi de biopsii. Uneori copiii nu manifestă deloc simptome, în ciuda leziunilor severe ale mucoasei intestinale.

Este oare boala celiacă „silenţioasă" un motiv de îngrijorare?

La copii, ea poate aduce şi un risc crescut de boli tiroidiene şi diabet de tip I (vezi p. 197). Riscurile de cancer intestinal la persoanele cu boala celiacă „silenţioasă" care continuă să mănînce gluten nu par a fi foarte mari. Reducerea riscului de osteoporoză, care poate fi extrem de problematică mai tîrziu în viaţă, este un motiv întemeiat de a urma o dietă fără gluten, în cazul în care aveţi boala celiacă „silenţioasă".

Scanned with OKEN Scanner

Un studiu efectuat de cercetătorii de la Spitalul universitar Tampere din Finlanda a urmărit 19 oameni depistaţi ca avînd boala celiacă în urma unui screening al populaţiei folosind teste sangvine şi biopsii, dar care, neavînd simptome, se considerau sănătoşi. Unii dintre ei au decis să urmeze o dietă fără gluten. Li s-au aplicat chestionare standard care măsurau problemele digestive minore şi starea generală în momentul de debut al dietei şi după un an fără gluten. După un an, cînd au fost intervievaţi, au raportat mult mai puţine simptome digestive minore (cele pe care le considerau normale înainte) şi o calitate mai ridicată a vieţii.

Pe de altă parte, un studiu efectuat în Marea Britanie sugerează că starea generală de sănătate a persoanelor cu boala celiacă „silenţioasă" poate fi remarcabil de bună. În cadrul unui sondaj efectuat pe 7.000 de pacienţi de vîrstă mijlocie din Cambridge care au fost consultaţi pentru o evaluare generală a stării de sănătate, a fost depistată boala celiacă la 87 dintre ei. Însă, departe de a raporta orice fel de probleme, aceste persoane au afirmat că au o stare excelentă de sănătate, iar testele suplimentare au dovedit că prezentau un risc redus de boli cardiace şi accidente cerebrale. Pe parcursul următorilor ani, rata mortalităţii a fost semnificativ mai mică în rîndul pacienţilor cu boala celiacă „silenţioasă" decît în al celorlalţi.

Care este explicaţia? În primul rînd, absorbţia redusă de grăsimi i-a protejat, se pare, de efectele negative ale dietei occidentale, astfel nivelul lor de colesterol, de exemplu, a scăzut. În al doilea rînd, un număr mai mare de pacienţi cu boala celiacă „silenţioasă" nu erau fumători şi nu fumaseră niciodată. (Ţigările, pe lîngă toate efectele nocive, au şi unele beneficii – unul dintre ele este că îi protejează pe adulţi de declanşarea bolii celiace. Astfel, non-celiacii au mai multe şanse să fie fumători. În ciuda acestui fapt, studiul a ajuns la concluzia că fumatul, în ansamblu, tot are şanse mult mai mari să cauzeze o moarte timpurie.)

Ce trebuie să faceţi dacă sînteţi diagnosticat cu boala celiacă „silenţioasă"? Presupunînd că doriţi să duceţi o viaţă cît mai lungă şi sănătoasă posibil, adoptaţi o dietă fără gluten, în acelaşi timp reducînd aportul de grăsimi şi consumînd mai multe fructe şi legume (pentru a reduce riscul de boli cardiace). Încercaţi, de asemenea, să inversaţi efectele osteoporozei, care s-ar putea să fi debutat deja. Puteţi face asta luînd suplimente cu calciu, expunîndu-vă pielea la soare cît de mult posibil pe timpul iernii (care vă sporeşte aportul de vitamina D) şi reducînd consumul de carne (dacă veţi consuma mai multe fructe şi legume în acelaşi timp, ele vor scădea aciditatea sîngelui, ceea ce va reduce rata de pierdere a calciului din organism).

Boala celiacă latentă

Majoritatea medicilor, la întrebarea „Este boala celiacă o afecţiune pe viaţă?", vor răspunde afirmativ în mod insistent, ceea ce este adevărat pentru marea majoritate a celiacilor. Cu toate acestea, s-au descoperit pacienţi care au avut boala celiacă în trecut, cu leziuni evidente ale mucoasei intestinale, dar care, după o perioadă de dietă fără gluten, pot consuma din nou gluten fără a avea simptome. La următoarele biopsii, mucoasa intestinală arăta normal. Această situaţie este denumită *boala celiacă latentă*.

În cadrul unui studiu efectuat la Paris, medicii au investigat un grup de pacienţi care fuseseră diagnosticaţi cu boala celiacă în copilărie şi trataţi cu dietă fără gluten pentru o vreme. Fuseseră testaţi cu o dietă cu gluten cîţiva ani mai tîrziu şi, cum nu avuseseră simptome, li se permisese să revină la o alimentaţie normală, deşi biopsiile încă arătau leziuni tipic celiace. (Acest gen de tratament nu mai este susţinut în prezent.) Grupul era alcătuit din 61 de pacienţi, toţi cu o alimentaţie normală şi fără simptome evidente. Biopsiile au arătat că 48 dintre ei încă aveau leziuni ale mucoasei intestinale (Marsh II), dar mai erau şi 13 pacienţi care, în mod surprinzător, nu le aveau. Şi mai interesant, la examinarea fişelor

Scanned with OKEN Scanner

lor medicale (unii dintre ei făcuseră mai multe biopsii pe parcursul anilor) s-a constatat că mucoasa intestinală se poate normaliza chiar şi după ani întregi cu biopsii anormale. Un pacient căpătase o mucoasă intestinală normală după 17 ani în care aceasta fusese tipic celiacă – în ciuda consumului de gluten în tot acel timp.

Cu toate acestea, nu toate analizele erau bune la cei mai mulţi dintre cei 13 pacienţi. Doar doi aveau o mucoasă intestinală normală (Marsh 0), iar ceilalţi 11 aveau un număr crescut de celule imunitare (Marsh I), ceea ce arăta că boala era încă activă. Opt dintre ei aveau simptome minore, precum dureri abdominale şi balonări, pe care le ignorau, şase erau uşor anemici, unul avea nivelul enzimelor hepatice crescut şi cel puţin unul prezenta semne de osteoporoză. În cîţiva ani de la primul set de investigaţii, doi dintre cei 13 pacienţi recăpătaseră simptomele celiace. Unul dintre ei a acuzat consumul ridicat de gluten, în timp ce celălalt a dat vina pe stresul de la locul de muncă.

Cei 13 pacienţi ale căror mucoase intestinale arătau normal (nici o leziune a vililor) au reprezentat doar 10% dintre cei diagnosticaţi iniţial cu boala celiacă în copilărie. Şi dacă îi luăm în considerare doar pe cei a căror stare a fost cu adevărat bună şi care nu au avut niveluri mari de celule imunitare în mucoasa intestinală (Marsh 0), proporţia a fost de doar 1,5%. Riscurile asociate cu consumul de gluten sînt atît de numeroase şi variate – incluzînd riscul de boli autoimune şi osteoporoză, de exemplu –, încît speranţa de a te încadra în cei 1,5% de norocoşi necesită o doză extremă de optimism.

Din nefericire, nu aveţi cum să aflaţi dacă puteţi consuma gluten fără restricţii. Riscul de a reface leziunile mucoasei intestinale este atît de mare, încît noi recomandăm categoric menţinerea unei diete fără gluten.

Chiar dacă aţi avut scăpări alimentare ocazionale fără să suferiţi simptome, nu puteţi fi siguri că nu s-au produs leziuni ale mucoasei intestinale. Nu aveţi cum să aflaţi decît printr-o biopsie. Este posibil să puteţi mînca din nou gluten luni sau ani fără a avea simptome, apoi să suferiţi o recădere bruscă.

Boala celiacă potenţială

Testele de screening pentru anticorpii de tip celiac au scos la iveală faptul că există persoane care nu au deloc simptome, dar care au testat pozitiv pentru anticorpi şi au o mucoasă intestinală fie complet normală, fie doar cu un număr mare de celule imunitare.

Sînt toţi aceşti oameni pe drumul spre boala celiacă? Este sigur că vor face boala celiacă? Sau doar probabil? Cît de probabil şi cît ar putea dura?

Unele studii finlandeze au dovedit că există anticorpi împotriva tTG pe mucoasa intestinală la mulţi astfel de pacienţi, care au dispărut în urma unei diete fără gluten.

Alte studii au arătat că, dintre persoanele cu anticorpi în sînge, dar mucoasă intestinală normală (Marsh 0), aproape 50% au făcut boala celiacă în mai puţin de şapte ani. (În cazul persoanelor fără anticorpi celiaci în sînge, dar extrem de multe celule imunitare în mucoasa intestinală – Marsh I –, doar 12% dintre ei au făcut boala celiacă după şapte ani.)

Marea întrebare, în cazul în care vă încadraţi în categoria de „boală celiacă potenţială", este: urmarea unei diete fără gluten este de ajutor? Încă nu se ştie răspunsul. Este posibil să fie afirmativ.

Cînd un celiac nu este celiac?

Potrivirea între rezultatele biopsiei şi simptome nu este întotdeauna exactă. Pot fi persoane fără simptome evidente sau cu foarte puţine, care sînt identificate de screeningurile prin teste sangvine şi care se dovedeşte că au atrofie viloasă totală. De ce o astfel de devastare a mucoasei intestinale nu a produs simptome este încă un mister.

Scanned with OKEN Scanner

La cealaltă extremă se află pacienţii cu simptome severe de boală celiacă clasică, inclusiv malabsorbţie, ale căror rezultate la biopsie indică doar modificări minore – doar Marsh II (vezi p. 138). Urmînd o dietă fără gluten, aceste persoane se vor însănătoşi semnificativ, iar mucoasa intestinală se va reface pînă la Marsh I sau 0. Situaţia se asemănă extrem de mult cu boala celiacă, dar, teoretic, aceşti pacienţi nu sînt celiaci, deoarece diagnosticul necesită Marsh III. Cu alte cuvinte, definiţia uzuală cere un anumit grad de atrofie viloasă pentru a da verdictul de boală celiacă.

De ce aceşti pacienţi suferă de malabsorbţie în ciuda vililor aparent normali este un alt aspect încă inexplicabil.

Cine trebuie testat pentru boala celiacă?

În prezent, în Marea Britanie, nu există screening general pentru boala celiacă, cu excepţia studiilor ocazionale.

Dacă aveţi motive să suspectaţi boala celiacă, vorbiţi cu medicul de familie sau mergeţi la un specialist, dacă sînteţi deja în evidenţa unuia. Întrebaţi dacă vi se poate face testul sangvin pentru anticorpii celiaci. Argumentul dumneavoastră va fi mai puternic dacă vreo rudă apropiată are boala celiacă sau dermatită herpetiformă. Printre rudele sănătoase ale indivizilor cu enteropatii sensibile la gluten, rata celiacilor „silenţioşi" este de aproximativ 6%.

Oricine suferă de osteoporoză sau osteopenie împreună cu anemie şi probleme digestive pe termen lung, fără a cunoaşte vreo cauză evidentă, este cu siguranţă un candidat pentru testare. Pacienţii cu sindromul Down sînt şi ei candidaţi siguri deoarece, din motive genetice, sînt în special predispuşi la boala celiacă.

Teste la domiciliu pentru boala celiacă

Kitul de testare la domiciliu disponibil în prezent în Marea Britanie (cu numele de marcă Biocard) măsoară cantitatea de anticorpi care indică boala celiacă. Se găseşte şi la cabinetele medicilor de familie.

Bagheta testului recoltează o mostră de sînge din deget. Pe baghetă se află o fereastră pe care se pot vedea două linii colorate. Una dintre ele arată dacă testul este activ, iar cealaltă arată dacă anticorpul celiac este prezent.

Biocard este un test excepţional. Funcţionează prin descompunerea hematiilor din sînge, expunînd astfel endomisiumul care conţine transglutaminaza. Orice anticorpi de tip IgA prezenţi în sînge pot astfel reacţiona cu ea şi pot fi detectaţi, întocmai ca într-un test EMA de laborator. (De fapt, acest test s-ar putea să fie chiar mai bun, deoarece se testează reacţia individului la propriul endomisium, în loc de al altuia.)

O limită a testului îi priveşte pe cei 2,6% dintre pacienţii celiaci care au şi insuficienţă de anticorpi IgA. În cazul lor, testul poate ieşi negativ, chiar dacă au în realitate boala. Doar setul complet de teste comandat de medic va depista o insuficienţă de IgA şi va depista alţi anticorpi tipici bolii celiace.

Există cîteva studii de specialitate asupra testului de Biocard. Unul efectuat de medici din Trieste, Italia, care s-a axat şi pe adulţi şi pe copii, a arătat că Biocard nu a dat rezultate pozitive false (adică toţi cei care au avut testul Biocard pozitiv au fost confirmaţi ca avînd boala celiacă prin biopsie), în schimb a avut foarte multe rezultate negative false (10% dintre cei care aveau boala celiacă – depistată prin alte teste sau biopsii – au testat negativ cu Biocard). Unele dintre rezultatele negative false s-au datorat deficienţei de IgA.

Scanned with OKEN Scanner

Kitul de testare Biocard a mai fost folosit şi în cadrul unui studiu efectuat asupra a mii de copii din Ungaria care au fost subiecţii unui screening pentru vîrsta de şase ani, efectuat de asistentele medicale care se ocupau de ei. Tuturor copiilor li s-au efectuat şi teste de laborator, iar tuturor celor care au avut rezultat pozitiv la vreunul dintre teste li s-a făcut o biopsie care să depisteze eventualele leziuni intestinale. Testul Biocard nu a dat rezultate pozitive false. Dintre cei 32 de copii care au fost identificaţi ca avînd boala celiacă (confirmată de biopsie), şapte nu au fost identificaţi iniţial de testul Biocard. Cu toate acestea, la repetarea testului, permiţînd mai mult timp Biocardului să ajungă la un rezultat, nu a mai fost decît un singur fals negativ.

Neajunsul ambelor studii a fost că biopsiile au fost efectuate doar la persoanele care au avut rezultat pozitiv la unul dintre testele sangvine. În ipoteza că ar fi existat persoane cu rezultate negative la Biocard *şi* la testele de laborator, dar cu leziuni intestinale provocate de gluten, ele nu ar fi beneficiat de biopsie şi nu ar fi fost luate în evidenţă ca pacienţi celiaci la evaluarea finală. Un test australian efectuat la scară largă a depăşit acest nejuns începînd cu un grup de pacienţi cu simptome digestive, cărora li s-au efectuat biopsia, apoi testele sangvine, urmînd comparaţia dintre acestea. Întregul grup a fost testat folosind o varietate de teste sangvine (dar nu şi cu Biocard, care nu era atunci disponibil). Rezultatele au dovedit că pînă şi testele de laborator, luate individual, nu au reuşit să identifice unii pacienţi celiaci, diagnosticaţi prin biopsie. Limitarea aceasta *poate* fi valabilă şi în cazul testului Biocard. Cu alte cuvinte, unele persoane care au boala celiacă s-ar putea să nu fie detectate de Biocard.

Nu uitaţi că, dacă urmaţi o dietă strictă fără gluten, nivelul de tTG-IgA din sînge va scădea treptat, ajungînd la o valoare foarte mică după cîteva luni, îndeajuns de mică pentru a provoca un rezultat negativ. Aceasta nu înseamnă însă că mucoasa intestinală este complet refăcută.

Dacă faceţi testul după ce aţi urmat o dietă fără gluten timp de 6-12 luni şi obţineţi un rezultat pozitiv, înseamnă că nu evitaţi complet glutenul. (Testul poate fi repetat din cînd în cînd, pentru a vedea cît de bine funcţionează dieta.)

Persoanele care evită sursele evidente de grîu, cum ar fi pîinea, pastele, produsele de patiserie, prăjiturile şi biscuiţii, dar nu evită strict orice fel de gluten, probabil vor obţine un rezultat pozitiv al testului.

Un detaliu practic în legătură cu testul: dacă nu se observă iniţial nici o linie de anticorpi, aşteptaţi 15 minute şi verificaţi din nou. Poate apărea o linie difuză. Rugaţi şi pe altcineva să se uite la test, dacă nu sînteţi siguri. Chiar şi o linie abia vizibilă înseamnă un rezultat pozitiv.

Tratamentul pentru boala celiacă

În prezent, singurul tratament pentru boala celiacă este eliminarea tuturor alimentelor care conţin gluten, şi anume cele care conţin grîu, secară sau orz. Iniţial, ar trebui să evitaţi şi ovăzul. Mergeţi la p. 146 pentru mai multe detalii.

Este foarte riscant pentru celiaci să experimenteze consumul de gluten, chiar dacă l-au evitat ani de zile şi s-au refăcut complet. Unii pot suferi o reacţie acută, numită şoc celiac, chiar şi la cantităţi foarte mici. La alţii, starea de sănătate se va deteriora treptat. Pacienţii celiaci care nu urmează dieta cu religiozitate au mai multe şanse să dezvolte anumite tipuri de cancer sau boala celiacă refractară (vezi p. 148).

Se poate folosi testul sangvin pentru anticorpii tTG-IgA pentru a vedea dacă evitaţi complet şi cu succes glutenul. Deoarece evitarea glutenului este atît de dificilă, unii specialişti recomandă testarea după şase luni de la diagnostic, apoi din nou după alte şase luni, iar apoi la intervale de un an pentru următorii ani.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul pentru dermatita herpetiformă

Dieta fără gluten este, de asemenea, singurul tratament pentru dermatita herpetiformă. Imediat după diagnosticare, iritaţia poate fi ţinută sub control cu un medicament deosebit de eficient, dapsona, care va ameliora mîncărimile puternice, durerea şi senzaţia de usturime în cîteva zile. Mai există alte două medicamente care pot fi folosite ca alternative la dapsonă. Dezavantajul este că toate pot avea efecte secundare neplăcute. Trebuie să fiţi monitorizat în mod regulat prin teste sangvine în timp ce luaţi aceste medicamente, pentru a verifica dacă nu vă afectează ficatul ori măduva osoasă sau dacă nu cauzează anemie.

Nu este recomandată folosirea acestor medicamente pentru ţinerea sub control pe termen lung a simptomelor. Odată ce dieta fără gluten începe să îşi facă efectul, se poate renunţa la medicamente, după un interval între şase luni şi doi ani. Trebuie să ţineţi o dietă foarte strictă, deoarece şi cea mai mică cantitate de gluten va menţine procesul bolii activ şi vă va împiedica să renunţaţi la medicamente. (Veţi suferi şi leziuni ale sistemului digestiv dacă veţi consuma gluten în continuare, iar riscurile de cancer intestinal pe termen lung vor creşte, la fel ca în cazul bolii celiace.)

Unii pacienţi aleg să ţină iritaţia sub control bazîndu-se încă de la început doar pe dieta fără gluten, ceea ce este posibil. Uneori, iritaţia va dispărea destul de rapid, în cîteva săptămîni, doar cu ajutorul dietei, aşadar merită să încercaţi.

Dieta fără gluten

Dieta fără gluten înseamnă evitarea tuturor alimentelor pe bază de grîu, secară sau orz, adică toate felurile de pîine, biscuiţi, pesmet, paste, cereale pentru micul dejun pe bază de grîu, griş, produse de patiserie, prăjituri, fursecuri, cornuri pentru îngheţată, sosuri îngroşate cu făină de grîu şi multe alte produse care conţin cantităţi mici de făină de grîu. Adăugaţi pe listă cuşcuş, bulgur şi triticale, plus soiurile mai vechi de grîu numite Spelt, Einkorn, Emmer şi Kamut. (Fiţi atent la recomandările personalului din magazinele naturiste care vă vor spune că puteţi consuma alac spelta. Nu este adevărat. Deşi există o specie antică de grîu care conţine foarte puţin gluten sau chiar deloc, nu se găseşte de vînzare şi oricum nu se poate folosi pentru a face pîine. Din nefericire, glutenul de grîu este tocmai ceea ce face făina atît de bună pentru pîine, formînd o reţea aţoasă care ţine aluatul laolaltă în timpul dospirii.)

Berea iese din discuţie, întrucît este făcută din cereale ; există şi alternative fără gluten, cum ar fi berea de sorg. Whiskyul este de asemenea fabricat din cereale şi este un subiect controversat. Opinia medicală oficială este că ar trebui să fie permis : este o băutură alcoolică distilată, iar procesul de distilare presupune absenţa peptidelor. Experienţa multor pacienţi celiaci sau cu sensibilităţi la grîu a arătat că anumite mărci de whisky îi pot afecta. Se pare că procesele de fabricaţie a băuturii variază şi pot include adăugarea unor ingrediente de aromă după procesul de distilare : aici pot fi introduse peptide derivate din gluten. Trebuie să ştiţi că grîul sau orzul se mai folosesc şi la fabricarea unor mărci de votcă ; alte băuturi spirtoase pot conţine urme de gluten.

Orezul, porumbul (inclusiv făina de porumb şi mămăliga) sînt permise, la fel şi alte alimente care conţin amidon şi care se pot găsi la magazinele naturiste : sorgul, hrişca, tapioca, teff, quinoa şi meiul. Trebuie să aveţi însă în vedere că toate aceste produse s-ar putea să fi fost transportate sau depozitate în locaţii folosite şi pentru grîu şi ar putea fi contaminate, aşa că boabele trebuie clătite înainte de a fi gătite. Este indicat să se evite făinurile dacă nu sînteţi sigur că puteţi tolera urmele de gluten.

Scanned with OKEN Scanner

Mulţi celiaci, odată stabiliţi pe dieta fără gluten şi care se simt bine, nu au nevoie să evite ovăzul. Nu uitaţi însă că nu este valabil pentru toţi celiacii (aproximativ 5% dintre ei nu pot tolera nici ovăzul) şi că trebuie să cereţi permisiunea medicului înainte să îl încercaţi. Din nefericire, riscurile de contaminare în timpul depozitării şi transportului (vezi mai sus) se aplică şi în cazul ovăzului – boabele de ovăz sînt adesea măcinate în aceleaşi mori care macină grîu, astfel sînt şanse considerabile de contaminare cu gluten. Iar fulgii de ovăz nu pot fi clătiţi, aşa cum se pot clăti boabele.

Evitarea a 99% din sursele de gluten nu este dificilă. Procentul de 1% – urmele fine de gluten din sursele cele mai neaşteptate – este cel mai problematic. Trebuie să aveţi grijă la ingrediente precum condimentele şi muştarul. Mulţi aditivi alimentari conţin cantităţi infime de malţ şi arome pe bază de malţ şi proteină vegetală hidrolizată. Contaminarea cu gluten este un alt pericol – pîinea prăjită şi untul pe care le împărţiţi cu non-celiacii sînt adesea o problemă.

Dacă sînteţi celiac, trebuie să urmaţi toate aceste instrucţiuni întocmai şi aveţi nevoie de indicaţii adecvate şi complete. Este bine să vă actualizaţi sursele de informaţii în mod regulat, deoarece metodele de fabricaţie se schimbă foarte des. Medicul vă va trimite la un nutriţionist care să vă sfătuiască. Site-urile Web dedicate celiacilor pot fi de ajutor, dar au tendinţa de a promova alimente fără gluten gata preparate, care constituie o sursă importantă de venituri din publicitate. O dietă fără astfel de alimente este mai indicată pentru celiacii cei mai sensibili (vezi mai jos).

Dacă vă place să mîncaţi la restaurant – sau sînteţi nevoit din cauza serviciului –, o carte de mare valoare este *Let's Eat Out* de Kim Koeller şi Robert La France (publicată de R&R Publishing). Analizează toate bucătăriile cele mai cunoscute din toată lumea, cu un număr impresionant de detalii, şi identifică posibilele surse de gluten din reţetele lor şi metodele tradiţionale de preparare a mîncărurilor. *Multi-Lingual Phrase Passport*, de aceiaşi autori, este indispensabilă pentru călătorie. Vă va ajuta să întrebaţi – în franceză, germană, italiană sau spaniolă – dacă friptura pe care aţi comandat-o a fost dată prin făină sau gătită pe un grătar folosit şi la produse cu aluat, pe lîngă multe alte întrebări cruciale.

Alte recomandări includ *The Everyday Wheat-free and Gluten-free Cookbook*, de Michelle Berriedale-Johnson (publicată de Grub Street) şi *Allergy-free Cookbook*, de Alice Sherwood (publicată de Dorling Kindersley), ambele conţinînd numeroase reţete excelente fără gluten.

La ce să vă aşteptaţi în timpul unei diete fără gluten

Pe termen lung, merită efortul, dar pe termen scurt, dieta fără gluten poate să nu aducă nici un beneficiu. Mucoasa intestinală are nevoie de timp pentru a se reface şi, în timp ce unele persoane se simt mai bine după doar cîteva zile sau săptămîni, altele vor aştepta luni de zile ca dieta să aibă efect. Poate dura şi un an, deşi este destul de neobişnuit.

Ce se întîmplă dacă mîncaţi gluten din greşeală? În cazul unor pacienţi ghinionişti, pot apărea simptome care vor persista luni întregi după o singură întîlnire accidentală cu glutenul. Alţii însă scapă uşor şi au probleme doar dacă vor continua să consume gluten.

Femeile care doresc să rămînă însărcinate se întreabă dacă este sigur să facă asta în timpul dietei fără gluten, deoarece cred că nu le oferă un aport suficient de substanţe nutritive. Răspunsul este că dieta fără gluten poate asigura toate substanţele nutritive necesare şi mamei şi fătului, iar întreruperea dietei pe timpul sarcinii îi poate afecta pe amîndoi. Femeile celiace care nu evită glutenul prezintă un risc mai mare de avort spontan, iar copiii lor au o greutate scăzută la naştere.

Scanned with OKEN Scanner

Dieta strictă fără gluten

În cazul celor foarte sensibili la gluten, urmele de gluten conţinute în alimentele preambalate pot fi suficiente pentru a le întreţine simptomele. Există limite impuse de lege asupra cantităţii de gluten permise în alimentele fără gluten, însă ar putea să nu fie îndeajuns de scăzută pentru toţi pacienţii. Urmele de gluten sînt inevitabile în produsele precum pîinea, biscuiţii sau prăjiturile fără gluten, deoarece unele ingrediente provin din fabrici care prelucrează şi grîu. Altele sînt transportate cu vehicule care transportă şi grîu (vezi mai sus).

Cu toate acestea, atîta vreme cît puteţi găti, este perfect posibil să urmaţi o dietă care este *absolut* lipsită de gluten. Merită încercată dacă aveţi boala celiacă refractară (vezi mai jos). Trebuie să evitaţi toate alimentele preambalate – pîinea ca aliment de bază trebuie să dispară – şi să vă bazaţi pe ingrediente crude, elementare, pe care să le puteţi prepara. Cartofii şi orezul pot fi alimente de bază; spălaţi bine orezul sub un jet de apă înainte de a-l găti, în cazul în care ar putea conţine praf de grîu la suprafaţă. De asemenea, spălaţi orice alt tip de boabe din alimentele permise. Respectaţi toate restricţiile uzuale – de exemplu, nu mîncaţi sosuri, muştar gata preparat sau condimente măcinate, întrucît pot conţine gluten (puteţi cumpăra condimente boabe, pe care să le măcinaţi acasă – clătiţi-le mai întîi). Asiguraţi-vă că ustensilele şi alimentele nu sînt contaminate de alte alimente care conţin gluten provenind de la ceilalţi membri ai familiei sau gospodăriei.

Atunci cînd dieta fără gluten nu îşi face efectul

Unii pacienţi nu se simt mai bine, chiar dacă evită glutenul cu mare atenţie, din cauză că mucoasa lor intestinală prezintă leziuni grave şi are nevoie de timp pentru a se reface. Deficienţa de zinc poate contribui la această problemă, iar un supliment cu zinc ar putea fi util.

Unele persoane cu boala celiacă continuă să manifeste simptome chiar şi după ce au urmat o dietă meticuloasă fără gluten timp de mai bine de un an. Termenul medical în această situaţie este *boală celiacă refractară* sau RCD. Sînt şi cazuri rare de pacienţi care vor testa pozitiv la biopsie, chiar dacă nu mai au simptome (vezi mai jos).

Prima explicaţie pe care ar găsi-o un specialist ar fi că nu evitaţi total glutenul. La majoritatea pacienţilor care nu se simt mai bine, aceasta este cauza simptomelor persistente, aşadar nu fiţi surprins dacă veţi fi trimis la un nutriţionist care să vă instruiască mai detaliat în legătură cu citirea etichetelor, metodele complicate de fabricare a muştarului, pericolul firimiturilor de pîine din untieră şi aşa mai departe. Înarmaţi-vă cu răbdare şi, dacă este nevoie, solicitaţi un test de sînge care vă poate arăta dacă urmaţi dieta aşa cum trebuie.

Verificaţi încă o dată dacă nu cumva aţi luat medicamente (antibiotice, de exemplu) care ar putea conţine gluten şi nu uitaţi că fabricanţii de medicamente pot schimba ingredientele inactive fără un avertisment prealabil. Veţi avea nevoie de numărul de lot al medicamentului pentru a obţine informaţii de la producător în legătură cu ingredientele care conţin gluten. Farmacistul vă poate ajuta în acest sens.

Dacă evitaţi cu adevărat glutenul, atunci trebuie să efectuaţi investigaţii suplimentare. Diferitele posibilităţi în caz de RCD pot fi:

- nu aveţi şi nu aţi avut niciodată boala celiacă;
- aveţi o altă afecţiune, pe lîngă boala celiacă;
- boala celiacă a progresat în sprue refractar – vezi mai jos.

Problemele suplimentare care pot provoca simptome sînt:

- intoleranţa la alte alimente (vezi p. 149);
- înmulţirea excesivă a bacteriilor din intestinul subţire (SIBO), care poate necesita tratament cu antibiotice;

Scanned with OKEN Scanner

- o infecţie cu paraziţi precum *Giardia* sau *Ascaris*;
- o deficienţă a pancreasului care face ca grăsimile să nu fie digerate şi să treacă în intestinul gros, provocînd diaree;
- intoleranţa la lactoză (vezi capitolul 9) sau la diferite zaharuri (vezi capitolul 10) care poate fi tratată înlăturînd ingredientele-problemă din alimentaţie pentru o vreme;
- sprue tropical – o boală infecţioasă contractată peste hotare;
- limfom cu celule T al mucoasei intestinale (un tip de cancer);
- limfadenopatie.

Atunci cînd şi biopsia este pozitivă, este posibil să aveţi (pe lîngă boala celiacă):

- boala Crohn (vezi p. 151);
- enteropatie autoimună;
- sprue colagenos.

Sprue refractar este boala celiacă activă care nu cedează în urma dietei fără gluten. (Unii specialişti folosesc termenul boală celiacă refractară pentru a defini doar această situaţie, ceea ce sporeşte confuzia.) Poate fi diagnosticată printr-o biopsie a mucoasei intestinale şi are două forme, tipul 1 şi tipul 2. Tipul 2 este mai grav: trăsătura sa caracteristică este prezenţa celulelor imunitare (limfocitele) care arată diferit de cele normale şi care nu comunică la fel de eficient cu celelalte celule imunitare. Aceste celule imunitare rebele nu încetează a cauza probleme nici măcar cînd glutenul este eliminat din alimentaţie şi pot duce la o inflamaţie severă numită jejunită ulcerativă sau la cancer intestinal.

Este foarte important să beneficiaţi de un diagnostic exact al afecţiunii de care suferiţi, aşadar fiţi politicos, dar insistent, pînă ce îl obţineţi. Dacă este vorba de sprue refractar (medicul s-ar putea să folosească un alt termen, deci verificaţi ce a vrut să spună), atunci tratamentul medicamentos cu imunosupresoare, cum ar fi steroizii şi azatioprina, poate fi de ajutor în ameliorarea simptomelor. Există şi un medicament nou care blochează citokina (substanţa mesager) TNF-alfa, ceea ce poate, de asemenea, reduce inflamaţia mucoasei intestinale. Din nefericire, aceste medicamente sporesc riscul evoluţiei către cancer. Dietele elementare (vezi pp. 269 şi 154) reprezintă o altă posibilitate de tratament. Se prefigurează o nouă strategie de tratament medicamentos, îndreptată către blocarea efectelor unei citokine numite IL-15, care este, se pare, un factor-cheie în menţinerea inflamaţiei în sprue refractar.

În cazul unora dintre pacienţii cu sprue refractar, simptomele se ameliorează considerabil în timpul dietei fără gluten, iar la unii chiar dispar, însă biopsiile tot arată că vilii nu şi-au refăcut structura normală chiar şi după doi ani. Astfel de pacienţi nu vor fi conştienţi de problemă decît dacă efectuează biopsii de control. Din nefericire, acest grup prezintă un risc mai mare de cancer intestinal.

Intoleranţe alimentare suplimentare în boala celiacă

Celiacii care nu se refac complet în urma dietei fără gluten se dovedesc adesea a avea sensibilităţi la alte alimente, în afară de grîu. În prima ediţie a acestei cărţi, era încă o afirmaţie controversată – în prezent, este acceptată de medicina tradiţională.

Aceste sensibilităţi alimentare pot perpetua unele simptome intestinale, mult timp după ce glutenul este eliminat din alimentaţie. Cel mai frecvent simptom la astfel de pacienţi este diareea. Unii dintre ei pot fi diagnosticaţi cu sindromul de colon iritabil (vezi capitolul 12) pe lîngă boala celiacă, dar nu toţi au durerile considerate tipice SCI.

Scanned with OKEN Scanner

Problema cauzată de intoleranţa alimentară apare ca urmare a leziunilor provocate mucoasei intestinale de boala celiacă. Mucoasa intestinală devine mai permeabilă, iar moleculele de alimente pătrund în fluxul sangvin, pavînd calea pentru sensibilitatea alimentară. Soia este un aliment frecvent incriminat, probabil din cauză că este folosit la scară largă în produsele fără gluten. Laptele, peştele, orezul şi carnea de pui pot şi ele să fie la baza problemei.

Teoretic, orice aliment poate avea acest efect. O dietă prin eliminare precum cea descrisă în capitolul 14 poate ajuta la identificarea alimentului incriminat, dar trebuie efectuată numai sub supraveghere medicală. Dacă sînteţi subponderal, dieta elementală poate fi de ajutor în primele faze, cum este cea sugerată pentru boala Crohn (vezi p. 154).

Leziunile mucoasei intestinului subţire mai pot duce şi la incapacitatea de a digera anumite tipuri de zaharuri, ceea ce poate prelungi diareea.

Există o alternativă la dieta fără gluten?

Pînă acum, dieta fără gluten urmată toată viaţa este singurul tratament pentru boala celiacă şi dermatita herpetiformă. S-au studiat şi alte posibilităţi, toate avînd ca scop stoparea procesului imunitar care duce la atrofia viloasă. Din nefericire, este dificil să se atingă acest scop fără a fi afectate procesele normale şi necesare prin care mucoasa intestinală se apără şi se reface.

Singura abordare care pare promiţătoare pentru celiaci este administrarea unui amestec din două enzime digestive împreună cu mîncarea. Enzimele, lucrînd împreună, sînt capabile să descompună glutenul astfel încît peptidele lungi derivate din gluten (vezi p. 131) sînt rupte în fragmente mai scurte care nu pot activa sistemul imunitar în acelaşi fel.

Deşi, teoretic, este o idee bună şi pare a funcţiona în experimentele pe şoareci de laborator, trebuie testată pe oameni. Există dubii considerabile privind siguranţa utilizării reale. Enzimele trebuie să descompună peptidele derivate din gluten în proporţie de 100%, astfel încît să nu ajungă în intestinul subţire – o condiţie foarte greu de îndeplinit.

Poate cineva garanta că enzimele vor consuma şi ultima peptidă derivată din gluten înainte de a părăsi stomacul? Deşi poate face asta în condiţii de laborator, stomacul este un mediu mult mai complex. Mai mult decît atît, glutenul din pîine şi prăjituri poate fi mai greu de accesat şi digerat decît cel pur, folosit în testele de laborator. Experimentele în care şoarecilor li s-a dat pîine au avut şi ele succes, deoarece pîinea a fost înmuiată în amestecul de enzime înainte ca şoarecii să o mănînce. Sendviciurile umede nu sînt probabil mîncărurile la care visează celiacii care tînjesc după o alimentaţie normală.

Pericolul ca procesul să nu funcţioneze tot timpul şi să permită cîtorva peptide lungi să pătrundă mai departe îi face pe medici deosebit de reticenţi. Este nevoie de experimente pe pacienţi reali înainte ca aceste tratament să fie recomandat. Chiar dacă funcţionează, mai există şi pericolul reacţiilor imunitare împotriva enzimelor, dacă sînt luate în mod regulat. Toate enzimele sînt potenţiali alergeni.

Tratamentul cu enzime ar fi cu adevărat de ajutor în protejarea celiacilor cei mai sensibili de alimentele contaminate accidental cu urme fine de gluten. În locaţii riscante precum bufete şi restaurante, amestecul de enzime poate fi folosit ca o măsură de siguranţă. Nimeni nu se poate pronunţa însă pînă cînd nu este testat în totalitate.

Între timp, un alt produs pe bază de enzime este promovat ca „indispensabil celiacilor" – se presupune a fi un tratament extrem de util celiacilor care nu doresc să urmeze o dietă fără gluten. Nu există dovezi că ar funcţiona, nici că este sigur. Acest produs nu pare a fi fost testat şi conţine o singură enzimă, ceea ce îl face probabil ineficient. Cercetările descrise mai sus au dovedit că este nevoie de două enzime care să lucreze în tandem.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt site Web susţine că elementul din cereale care declanşează boala celiacă nu este o proteină, ci un carbohidrat, iar suplimentul conţinînd enzima care digeră carbohidraţi „face grîul, secara şi alte cereale" inofensive pentru celiaci. Afirmaţia este falsă şi se poate dovedi periculoasă.

Boala Crohn

Boala Crohn este rezultatul unei inflamaţii severe provocate de sistemul imunitar într-o anumită parte a tractului digestiv. Factorii care o declanşează încep să fie înţeleşi, deşi mai sînt multe detalii care încă nu se cunosc.

Boala Crohn poate afecta orice parte a sistemului digestiv, de la gură pînă la anus, dar cel mai adesea este localizată în ileonul terminal (ultimul segment al intestinului subţire) şi cecum (primul segment al colonului sau intestinului gros – vezi figura de la p. 26). Inflamaţia apare în anumite zone, este intensă şi se extinde în profunzimea peretelui intestinal.

Pot apărea dureri şi umflături, cel mai adesea pe partea din dreapta jos a abdomenului. Diareea şi pierderea în greutate sînt şi ele simptome comune. Pe lîngă acestea, pot apărea sîngerări ale intestinului inflamat (care pot duce la anemie), artrită şi febră. Sîngerarea se produce din cauza ulcerelor sau ariilor erodate din mucoasa intestinală inflamată care se sparg.

Boala poate fi destul de localizată: pot alterna lungimi de intestin sănătos cu segmente afectate de boală. Pe măsură ce se vindecă, ariile inflamate evoluează în ţesuturi cicatrizate care îngustează intestinul (zonele îngustate se numesc *stricturi)* şi îngreunează trecerea alimentelor. Tratamentul oferit poate consta în îndepărtarea pe cale chirurgicală a segmentelor lezate, însă nu este o cale de a vindeca boala. Inflamaţia poate reapărea, adesea în vecinătatea segmentelor de intestin îndepărtate.

La unii pacienţi, inflamaţia erodează complet peretele digestiv şi formează un canal (*fistulă*) în vezica urinară, în vagin sau prin pielea din jurul anusului.

Simptomele bolii Crohn sînt similare cu cele ale colitei ulceroase. Cazurile mai blînde de boală Crohn, fără sîngerări sau pierdere în greutate, pot fi foarte asemănătoare cu cele din sindromul de colon iritabil (vezi capitolul 12). De aceea, ar putea dura o vreme pînă cînd medicul va ajunge la diagnosticul corect. Diagnosticul poate fi obţinut cu ajutorul testelor sangvine, al endoscopiei şi biopsiei (vezi capitolul 3).

Pacienţii cu boala Crohn mai pot prezenta şi o inflamaţie redusă la nivelul plămînilor, similară cu cea manifestată în astm, deşi nu produce în general simptome.

Zonele inflamate din tractul digestiv se pot vindeca de la sine în timp, uneori fără a lăsa urme permanente. Cîţiva pacienţi norocoşi îşi revin după doar una sau două crize ale bolii Crohn. Pentru majoritatea pacienţilor însă, deşi sînt perioade de refacere spontană (*remisii*) care pot dura luni sau ani, boala revine de obicei, cel puţin pentru o vreme. Tiparul acesta schimbător al bolii, alcătuit din remisii şi reveniri, face dificilă evaluarea tratamentelor. Din nefericire, este imposibil de prezis cînd se va manifesta o remisie şi cît timp se va menţine.

Cauzele bolii Crohn

Pacienţii cu boala Crohn adesea au o rudă apropiată cu o formă de boală intestinală inflamatoare, deoarece aceasta presupune un factor genetic. Dieta şi mediul de viaţă pot juca şi ele un rol. O dietă inadecvată, cu multe grăsimi şi zaharuri şi puţine fructe şi legume,

Scanned with OKEN Scanner

pare a creşte riscul de apariţie a bolii. Există, de asemenea, dovezi care leagă boala Crohn de consumul din abundenţă al produselor „fast-food" de tipul burgerilor. Fumatul creşte substanţial riscul, iar rata de manifestare a bolii este în general mai mare în ţările puternic industrializate şi în zonele urbane.

Impresia generală este că, dacă sistemul dumneavoastră imunitar este predispus la problemele ce duc la boala Crohn, dar aveţi o alimentaţie sănătoasă şi nu sînteţi prea expus la poluare şi fum de ţigară, s-ar putea să nu faceţi boala. Dar un sistem imunitar predispus, într-un mediu poluat şi cu o alimentaţie nesănătoasă, constituie o cale sigură către probleme.

Ce declanşează, de fapt, inflamaţia în boala Crohn şi de ce scapă de sub control? Bacteriile din flora intestinală par să aibă un rol aici. Există diferenţe notabile între tipurile de bacterii care sînt cele mai comune într-o floră intestinală sănătoasă şi cele care predomină în boala Crohn. Există chiar diferenţe între flora din zonele inflamate şi cele neafectate ale aceluiaşi pacient. Flora intestinală a persoanelor cu boala Crohn produce mai multe substanţe care cauzează inflamaţii. (O dietă inadecvată cu multe grăsimi şi zahăr contribuie la aceste dezechilibre ale florei intestinale? Nu există dovezi în acest sens, dar pare o ipoteză plauzibilă.)

O altă trăsătură semnificativă a bolii este că inflamaţia de la nivelul mucoasei intestinale are un aspect specific: există aglomerări dense de celule imunitare numite *granuloame*, în interiorul cărora unele celule capătă forme şi dimensiuni neobişnuite.

Alte boli în care se întîlnesc granuloame includ infecţii precum tuberculoza şi lepra. În aceste boli, granuloamele se formează deoarece sistemul imunitar este blocat în lupta cu un duşman de care nu poate scăpa. Microbul care generează problema este înghiţit de celulele imunitare numite *macrofage* (vezi p. 34), dar nu poate fi ucis de ele.

Se întîmplă ceva asemănător în boala Crohn? Dacă da, care este microbul care provoacă infecţia? Ar putea fi unul prezent în flora intestinală?

Unele dovezi recente de mare interes ar putea furniza fragmentele cruciale care ar completa imaginea de ansamblu. Grupuri diferite de cercetători au arătat că persoanele cu boala Crohn au o reacţie imunitară de primă linie slabă în faţa rănilor şi infecţiilor. Descoperirea este surprinzătoare, întrucît s-a crezut pînă acum că boala Crohn constă într-un nivel *prea ridicat* al inflamaţiilor, nu prea slab – iar medicamentele care calmează inflamaţiile sînt o formă de tratament de succes. Noile cercetări sugerează că problema ar fi *tipul greşit de inflamaţie*.

Se pare că celulele imunitare numite *neutrofile* nu funcţionează adecvat – celule care ar trebuie să ridice baricade în faţa incursiunilor microbilor şi să-i îndepărteze prompt. Neutrofilele fac bine asta. Cînd nu operează la nivel maxim, orice bacterie care pătrunde în interiorul celulelor mucoasei intestinale s-ar putea să nu fie anihilată cît de repede ar trebui.

Aceşti intruşi pot fi outsiderii care provoacă infecţia – sau pot fi oportuniştii din flora intestinală, care îşi încearcă norocul. (Nu uitaţi că membrii florei intestinale, deşi tovarăşi acceptaţi, au nevoie să fie ţinuţi unde le este locul de către sistemul imunitar.) În urma eşecului neutrofilelor, macrofagele trebuie să le ia locul.

Macrofagele fac tot ce pot mai bine, dar nu sînt candidaţii ideali pentru această slujbă, iar cînd înghit bacteriile s-ar putea să nu mai fie capabile să le şi ucidă sau să le înlăture. Probabil astfel se formează granuloamele şi inflamaţia persistentă care produc simptomele bolii Crohn.

Cea mai mare parte a dovezilor (vezi mai sus) indică faptul că vinovaţii sînt membri ai florei intestinale. Cu toate acestea, la unele persoane cu boala Crohn, este posibil ca procesul să fie declanşat de o infecţie redusă şi persistentă cu o bacterie numită *Mycobacterium avium paratuberculosis* sau MAP pe scurt. Această bacterie este întîlnită îndeosebi la bovine, cărora le provoacă Boala lui Johne. Poate trece neobservată la bovine, pătrunzînd

Scanned with OKEN Scanner

astfel în lapte şi în produsele din carne de vită. În anumite condiţii, se pare că bacteria rezistă la pasteurizare. S-au găsit bacterii vii în 2-3% din cutiile/sticlele de lapte comercializate în Marea Britanie. Încercările de a trata boala Crohn cu medicamente eficiente împotriva tuberculozei nu au avut succes, posibil deoarece această bacterie în particular nu este sensibilă la medicamentele testate.

Sensibilitatea alimentară şi boala Crohn

Nici una dintre teoriile de mai sus privind originile bolii Crohn nu are în vedere rolul alimentelor. Faptul că mîncarea joacă un rol la unii pacienţi nu mai este supus îndoielii, datorită studiilor de specialitate. De exemplu, cercetătorii au încercat teste de provocare a mucoasei, plasînd cantităţi mici de extracte alimentare pe stratul superior al mucoasei rectului, pentru a vedea în ce măsură reacţionează. Pacienţii cu boala Crohn aveau mai multe şanse decît persoanele sănătoase de a reacţiona printr-o inflamaţie localizată. În alte experimente, celule imunitare recoltate din sîngele unor pacienţi cu boala Crohn au fost expuse la proteine alimentare şi au reacţionat puternic.

Astfel de studii confirmă concluzia la care a ajuns, cu mulţi ani în urmă, prof. John Hunter de la Spitalul Addenbrooke din Cambridge, folosind diete terapeutice pentru boala Crohn în experimente desfăşurate atent. Prof. Hunter a descoperit că peste 80% dintre pacienţi şi-au revenit în urma unei diete prin eliminare, apoi au reacţionat la anumite alimente atunci cînd au fost reintroduse (aceasta este o *dietă de diagnosticare prin eliminare*). Prin eliminarea alimentelor incriminate, pacienţii îşi pot menţine remisia. La unii, boala revine mai tîrziu – fapt foarte comun în boala Crohn –, dar, după doi ani, 80% dintre pacienţii care au continuat dieta încă se simt bine.

Un experiment ulterior, iniţiat de prof. Hunter, dar efectuat în nouă spitale diferite, sub supravegherea a mai multor medici, a contestat rezultatele iniţiale. Rata de remisie pe termen lung (50%) nu era la fel de bună, dar tot superioară comparativ cu tratamentele folosind medicamente antiinflamatoare. Medicii care au consultat pacienţii au fost total imparţiali în evaluarea rezultatelor, din moment ce nu ştiau dacă pacientul urma dieta sau primea medicamente.

Deoarece pacienţii cu boala Crohn se simt deseori foarte rău, urmarea unei diete de eliminare nu este întotdeauna uşoară, iar alţi medici au fost reticenţi în a alege această metodă. (Nu există un test simplu care să diagnosticheze sensibilitatea alimentară în boala Crohn: pacienţii nu au teste cutanate sau sangvine IgE pozitive la alimentele care declanşează simptomele.)

Tehnica folosită de prof. Hunter a fost o dietă elementală (vezi mai jos) aplicată în prima fază a dietei de eliminare sau alimentarea intravenoasă a pacienţilor. Medicii care erau sceptici în legătură cu sensibilitatea alimentară în boala Crohn au sugerat că simptomele au dispărut pur şi simplu din cauză că mucoasa intestinală a pacientului a luat o pauză de la procesul de digerare a alimentelor reale sau că starea nutriţională a pacientului s-a îmbunătăţit. Dar, dacă ar fi fost aşa, pacienţii nu ar fi trebuit să se simtă bine şi după dieta de eliminare, cu o dietă care evita doar anumite elemente. Iar în al doilea experiment (vezi mai sus) s-a investigat această posibilitate, administrînd dieta elementală la *toţi* pacienţii implicaţi. Dintre cei care s-au refăcut în urma dietei elementale, jumătate au primit instrucţiunea de a reveni la dieta normală, dar li s-au administrat corticosteroizi, care să amelioreze reacţiile imunitare. Ceilalţi pacienţi au testat alimentele pe rînd, le-au notat pe cele la care au reacţionat, pentru ca apoi să le evite (au urmat o dietă de diagnosticare prin eliminare). *De două ori mai mulţi* pacienţi din acest grup încă se simţeau bine doi ani mai tîrziu, spre

Scanned with OKEN Scanner

deosebire de cei trataţi cu medicamente – avînd, de asemenea, şi avantajul de a nu fi luat corticosteroizi, care pot avea atîtea efecte secundare.

Încă nu este clar modul în care anumite alimente ar putea cauza boala Crohn. Uneori, ar putea provoca o reacţie imunitară direct la nivelul mucoasei intestinale (cum sugerează testele de provocare ale mucoasei menţionate mai sus), pe care o lezează, permiţînd astfel o incursiune a bacteriilor florei intestinale. Or, anumite alimente ar putea stimula înmulţirea anumitor bacterii, care apoi penetrează mucoasa intestinală şi declanşează inflamaţia.

S-ar putea ca, la fiecare pacient în parte, să funcţioneze mecanisme diferite sau să fie prezenţi factori diferiţi care să ducă la boala Crohn. Majoritatea medicilor sînt de părere că boala Crohn este *multifactorială* – adică au loc mai multe nereguli, care sînt fiecare uşor de rezolvat luate cîte una, dar care, combinate, duc la o reacţie imunitară ce scapă de sub control.

Diete elementale pentru boala Crohn

O dietă elementală constă într-o masă sub formă lichidă, în care proteinele sînt fie hidrolizate extensiv, fie furnizate prin elementele lor de bază – aminoacizii (pentru mai multe detalii, vezi p. 269). Ca şi în cazul *formulelor extensiv hidrolizate* de lapte pentru bebeluşii cu sensibilităţi alimentare, dietele elementale au mai puţine şanse de a provoca sistemul imunitar decît alimentele în forma normală, deoarece antigenii sînt descompuşi în fragmente minuscule (vezi p. 324).

Un alt aspect util este că dietele elementale sînt complet absorbite în primul segment al intestinului subţire, astfel încît nimic nu trece mai departe, în colon, unde trăieşte cea mai mare parte din flora intestinală. Bacteriile şi drojdiile de acolo sînt private de hrană, iar numărul lor scade cu 50% după o săptămînă de dietă elementală. La un pacient cu boala Crohn, rezultatul ar fi o scădere a inflamaţiei şi o ameliorare a simptomelor.

Tratarea bolii Crohn cu ajutorul dietei

Din nefericire, în ciuda abundenţei de dovezi care atestă rolul sensibilităţii alimentare în boala Crohn, ideea identificării şi eliminării alimentelor-problemă încă nu este acceptată ca tratament. Majoritatea specialiştilor consideră că dietele sînt greu de organizat, iar pacienţii nu vor dori să le respecte pe termen lung. Date fiind avantajele substanţiale oferite de tratamentul prin dietă şi lipsa efectelor secundare (comparativ cu administrarea de medicamente care inhibă sistemul imunitar), noi considerăm că este o opţiune ce merită analizată.

Diete de eliminare pentru boala Crohn

Natura gravă a acestei boli o face incompatibilă cu tratamentul autoadministrat. *Dacă aveţi boala Crohn, nu încercaţi o dietă prin eliminare fără asistenţă medicală completă şi indicaţiile unui nutriţionist.* Vă recomandăm cartea prof. Hunter, *Solve Your Food Intolerance*, să citiţi capitolul dedicat bolii Crohn şi să-i prezentaţi tratamentul dietetic medicului dumneavoastră.

Vom prezenta programul de tratament recomandat de prof. Hunter, ca să vă faceţi o idee despre ceea ce presupune acesta.

Veţi începe prin a urma o dietă elementală timp de 2-3 săptămîni, pentru ca inflamaţia intestinală să poată fi ţinută sub control. Deşi unele persoane se refac după o săptămînă, este

Scanned with OKEN Scanner

importantă continuarea dietei elementale pentru a se asigura vindecarea peretelui intestinal. Dacă simptomele încă mai persistă după trei săptămîni, medicul s-ar putea să vă recomande să prelungiţi dieta elementală.

Nu uitaţi că tratamentul prin dietă merită a fi încercat doar cînd boala este activă, nu în remisie. Dozele mari de corticosteroizi vă vor împiedica să obţineţi rezultate clare, aşadar trebuie reduse treptat, începînd cu momentul în care dieta elementală dă primele semne că funcţionează. *Dacă aveţi boala Crohn, nu trebuie să schimbaţi tratamentul medicamentos fără acordul medicului. Stoparea bruscă a administrării corticosteroizilor, în particular, poate fi deosebit de periculoasă.*

După dieta elementală, prof. Hunter trece pacienţii la un tip de dietă de diagnosticare prin eliminare special adaptată pentru boala Crohn. În timpul primei faze, dieta evită anumite alimente care provoacă adesea probleme în boala Crohn *şi* are un aport redus de grăsimi şi fibre (două elemente care pot influenţa flora intestinală).

Prima parte a acestei diete corespunde *fazei de excludere* a unei diete de eliminare normale. Medicul vă va prescrie un interval de dietă elementală suficient care să vă permită suplimentarea alimentaţiei, în caz că vă este foame.

Odată ce aţi încheiat perioada necesară de dietă elementală, treceţi la un set de alimente considerate sigure (în sensul că rareori provoacă simptome la pacienţii cu boala Crohn). Dieta este, de asemenea, săracă în grăsimi şi fibre. Este indicat să ţineţi evidenţa a tot ce mîncaţi şi beţi şi a oricăror simptome (nu doar a celor intestinale). Dacă vă este rău în acest timp, există diferite explicaţii posibile pe care trebuie să le discutaţi cu medicul:

- Există stricturi intestinale care blochează trecerea alimentelor – mai probabil dacă boala revine de îndată ce vă întoarceţi la alimentele solide. Această posibilitate poate fi investigată de medic, iar dacă se constată prezenţa stricturilor, ele pot fi îndepărtate chirurgical.
- Aveţi o sensibilitate la unul sau mai multe dintre alimentele permise. Recitind jurnalul alimentar, veţi putea depista „suspecţii", pe care să-i eliminaţi, pentru a vedea dacă vă simţiţi mai bine. Puteţi testa alimentele suspecte mai tîrziu.
- Revenirea bolii nu are legătură cu programul dietetic.

Presupunînd că vă simţiţi bine şi în această fază a dietei, aşteptaţi aproximativ două săptămîni, pentru a fi sigur că inflamaţia s-a vindecat, apoi – cu acordul medicului şi al nutriţionistului – treceţi la testarea altor alimente, pe rînd. Fiecare aliment este testat timp de patru zile şi este consumat de două ori pe zi. Cartea prof. Hunter descrie programul de testare în detaliu.

O reacţie severă la un aliment poate aduce cu sine o revenire a inflamaţiei şi veţi avea nevoie de o altă perioadă de dietă elementală pînă cînd lucrurile revin la normal. Alimentele care nu prezintă probleme atunci cînd sînt testate pot rămîne în alimentaţie.

Cînd trebuie testate alimente bogate în fibre, vă veţi pune două întrebări:

- Acest aliment afectează simptomele?
- O cantitate crescută de fibre afectează simptomele şi, dacă da, cît de multe fibre pot fi tolerate?

Trebuie să vă menţineţi aportul de uleiuri şi grăsimi redus în prima parte a etapei de testare. Cînd vă stabiliţi la o dietă adecvată nutriţional, care să cuprindă o varietate de alimente considerate sigure, puteţi experimenta cu niveluri mai mari de grăsimi, pentru a vedea ce efect au.

La intervale regulate în timpul dietei, va trebui să mergeţi la nutriţionist şi să vă asiguraţi că vă alimentaţi adecvat. Acelaşi lucru este valabil la sfîrşitul dietei. Ideal ar fi să testaţi din

Scanned with OKEN Scanner

nou toate alimentele care au provocat o reacţie, în caz că un alt factor a declanşat simptomele şi nu este necesar să evitaţi acel aliment.

Odată ce treceţi la o dietă care să vă menţină sănătos, este vital să păstraţi disciplina în urmarea dietei. Prof. Hunter raportează că unii pacienţi, după 5-10 ani, pot tolera din nou alimentele-problemă, dar trebuie să procedeze cu mare grijă. Reîntoarcerea la o dietă normală înainte de acest termen poate avea consecinţe dezastruoase. Ar putea avea loc o revenire aparent uşoară a bolii, fără simptome, care să vă dea un sentiment de falsă siguranţă. Continuarea consumării alimentului va duce probabil la apariţia simptomelor, iar dacă le ignoraţi şi continuaţi să consumaţi alimentul, aţi putea declanşa o revenire în forţă a bolii.

În mod evident, tratamentul prin dietă este o opţiune care necesită un grad ridicat de autodisciplină. Dar mulţi pacienţi au descoperit că merită efortul datorită beneficiilor ce ţin de starea de sănătate şi libertăţii oferite de renunţarea la medicamente imunosupresoare.

Cu acordul medicului şi al nutriţionistului, puteţi retesta alimentele, pe rînd, la intervale de un an. Este recomandat să aveţi la dispoziţie un stoc pentru dieta elementală, care să vă salveze în cazul unei reacţii severe şi care să calmeze inflamaţia.

Folosirea dietei elementale pe un interval scurt poate fi utilă în cazul unei probleme digestive de moment – o intoxicaţie alimentară, de exemplu. Scopul, în boala Crohn, este ca întotdeauna să se calmeze inflamaţia din stadiul incipient, să nu i se permită să scape de sub control. Oricît de bine v-aţi simţi în timpul dietei, este important să nu uitaţi că încă sînteţi un pacient cu boala Crohn.

Fibrele în boala Crohn

Fibrele denumesc substanţele conţinute în alimentele derivate din plante pe care nu le putem digera – multe dintre ele sînt solubile în apă, aşa că nu conţin „fibre" în sensul propriu (vezi p. 45). Fibrele pot agrava problemele din boala Crohn (odată ce boala este instalată) deoarece ajung în colon şi le oferă bacteriilor de acolo (flora intestinală naturală) provizii pentru un adevărat festin.

Unul dintre scopurile tratamentului prin dietă în boala Crohn este reducerea aportului de fibre şi alte reziduuri nedigerate (cum ar fi amidonul rezistent – vezi p. 255) din alimente. Beneficiile sînt similare celor din dieta elementală, adică scăderea numărului de bacterii.

Paradoxul în legătură cu fibrele şi boala Crohn este următorul:

- Pe de o parte, experienţa multor pacienţi şi a specialiştilor care folosesc tratamentul prin dietă arată că reducerea aportului de fibre în dietă ajută la ameliorarea simptomelor.
- Pe de altă parte, dietele occidentale moderne, cu un nivel scăzut de fibre şi unul ridicat de grăsimi şi zahăr, sînt factori favorizanţi ai bolii Crohn.

În prezent nu există suficiente informaţii pentru a explica acest paradox, dar putem emite ipoteze. Una ar fi că există şi alţi factori implicaţi, pe lîngă sincronizare.

Lipsa de fibre din dieta unei persoane reduce cantitatea de acizi graşi benefici, cu catenă scurtă (vezi capitolul 2), care hrănesc mucoasa intestinală şi îi întreţin sănătatea. Prin nealimentarea tipurilor benefice de bacterii din flora intestinală, care ajută la calmarea sistemului imunitar la nivelul colonului, dieta occidentală săracă în fibre poate, de asemenea, să favorizeze inflamaţia. Acest factor, împreună cu multe alte probleme legate de viaţa modernă – cum ar fi poluarea şi fumul de ţigară, care au efecte variate asupra sistemului imunitar –, provoacă o ruptură treptată în coabitarea, de regulă paşnică, dintre flora intestinală şi sistemul imunitar. Aici începe procesul care stă la baza bolii Crohn. Odată

Scanned with OKEN Scanner

declanşat procesul bolii, fibrele încetează a mai fi un factor benefic garantat, deoarece acum pot spori numărul şi activitatea membrilor dăunători ai florei intestinale, care vor provoca inflamaţia intestinală.

A doua ipoteză este că tipul de fibră are importanţă – unele fibre reduc simptomele, favorizînd bacteriile care nu provoacă sistemul imunitar. Altele agravează simptomele deoarece sînt preferate, întîmplător, de către speciile de bacterii pe care sistemul imunitar le consideră excepţii.

Toate acestea sînt speculaţii în prezent, ceea ce înseamnă că este dificil de formulat orice fel de recomandare. Experienţa prof. Hunter a dovedit că reducerea aportului de fibre din dietă are avantaje pe termen scurt pentru mulţi pacienţi cu boala Crohn care încearcă să menţină maladia sub control. Odată ce reuşesc acest lucru, este recomandat să se crească din nou aportul de fibre benefice. Un experiment la scară mică efectuat asupra unui grup de pacienţi cu boala Crohn, cărora li s-a administrat un amestec de inulină şi fructooligozaharide (FOS), a dus la rezultate promiţătoare. Acestea sînt forme de fibre care se administrează din ce în ce mai mult ca *prebiotice* (vezi p. 44). Merită să fie încercate, dacă vă aflaţi în remisie, dar începeţi cu cantităţi mici, pe care le veţi mări treptat.

Grăsimile şi boala Crohn

Dacă abilitatea dumneavoastră de a digera grăsimile la nivelul intestinului subţire nu este prea bună, o parte din grăsimile consumate pot ajunge la bacteriile din intestinul gros, încurajînd înmulţirea speciilor mai puţin dorite. Ca şi în cazul fibrelor, o parte din scopul dietei de eliminare pentru boala Crohn este minimalizarea cantităţii de grăsimi care ajunge în colon în prima fază a dietei, apoi identificarea cantităţii de grăsimi pe care o puteţi tolera, în faza de testare.

Chiar şi pentru cei care nu au urmat o dietă de eliminare, reducerea aportului de zahăr şi grăsimi poate avea beneficii, de exemplu în prelungirea remisiilor naturale.

Boala Crohn şi drojdia

Un test de diagnostic util în boala Crohn este măsurarea nivelului anticorpilor IgA şi IgG împotriva drojdiei prezenţi în sînge. Nu toate persoanele cu boala Crohn au niveluri ridicate, existînd şi persoane sănătoase cu niveluri ridicate, dar testul tot poate fi util în diagnosticare, mai ales în diferenţierea bolii Crohn de colita ulcerativă.

În rutina clinicilor de gastroenterologie, aceşti anticorpi sînt utilizaţi pur pragmatic, pentru o diagnosticare corectă şi pentru evaluarea severităţii bolii (ei indică inflamaţiile mai grave).

Dar ce semnifică aceşti anticorpi? Sînt ei doar un indiciu general al faptului că mucoasa intestinală este mai permeabilă la persoanele cu boala Crohn? Sau sînt o dovadă că există o *sensibilitate* la drojdia din alimentaţie care contribuie la simptome?

Este important să ne dăm seama că drojdia din alimente (conţinută mai ales în pîine şi bere) este o rudă a drojdiilor din flora intestinală. Drojdiile din floră sînt o componentă perfect normală şi sănătoasă a florei intestinale, atîta vreme cît numărul lor este menţinut sub anumite limite. Antigenul principal din drojdia alimentară se numeşte *mannan* şi este foarte asemănător mannanului din drojdiile florei, aşadar o reacţie încrucişată (în care sistemul imunitar confundă doi antigeni asemănători) este probabilă.

Aceasta înseamnă că nivelurile ridicate de anticorpi ASCA detectaţi în sîngele pacienţilor cu boala Crohn se pot datora unei reacţii încrucişate. Pot reprezenta o reacţie îndreptată iniţial împotriva drojdiilor din flora intestinală, şi nu a drojdiei alimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Inflamaţia face mucoasa intestinală mai permeabilă (vezi p. 28). Aceasta înseamnă că elemente care, în mod normal, nu ajung în fluxul sangvin decît în cantităţi foarte mici pot trece în cantităţi mult mai mari.

Date fiind aceste două dovezi, evaluările medicale comune în legătură cu ASCA presupun:

- că sînt rezultate în urma reacţiilor imunitare la drojdiile din flora intestinală, nu la cele din alimente;
- că pot fi un efect secundar, reacţia imunitară la drojdiile din floră datorîndu-se supraexcitării generale a sistemului imunitar la nivelul intestinelor (nu uitaţi că nu toţi pacienţii cu boala Crohn îi au, aşa că nu este probabil ca ei să fie cauza fundamentală a bolii);
- că permeabilitatea crescută a mucoasei intestinale permite trecerea unei cantităţi mai mari de mannan din drojdiile florei în sînge; ca rezultat, anticorpii împotriva mannanului (ASCA) se dezvoltă în sînge.

Toate acestea pot fi adevărate, dar nu elimină complet posibilitatea ca reacţia încrucişată împotriva drojdiei alimentare să agraveze simptomele bolii Crohn. Există două dovezi extrem de interesante în acest sens.

În cadrul unui studiu, s-au amestecat celule imunitare din sîngele pacienţilor cu boala Crohn cu antigeni ai drojdiei alimentare şi s-a urmărit apoi efectul asupra celulelor imunitare. S-au manifestat semne clare de excitare a celulelor imunitare. Cînd s-a efectuat acelaşi experiment la persoane sănătoase, celulele imunitare au rămas calme. Grupul de persoane sănătoase a inclus deliberat trei indivizi care erau brutari de profesie – persoane cu o expunere deosebit de mare la drojdie. Ideea de a-i include în studiu urmărea ca rezultatele experimentului pe pacienţii cu boala Crohn să fie mai impresionante şi să se dovedească faptul că într-adevăr este ceva neobişnuit în relaţia dintre boala Crohn şi drojdie.

Celălalt studiu a fost efectuat pe un grup de 19 pacienţi cu boala Crohn, cu o dietă normală, care au fost monitorizaţi timp de o lună, apoi au fost trecuţi la o dietă fără drojdie timp de două luni. În acelaşi timp, au luat şi capsule. Capsulele arătau la fel, dar timp de o lună au conţinut drojdie (dieta fiind astfel mai bogată în drojdie).

Simptomele din perioada capsulelor fără drojdie (o lună fără drojdie de nici un fel) au fost mai reduse decît în intervalul cu dietă normală a pacienţilor şi *mult* mai reduse decît în luna capsulelor cu drojdie. Cei cu niveluri ridicate de ASCA au fost cel mai afectaţi de capsulele cu drojdie. Este de reţinut însă că eliminarea drojdiei nu a dus la o vindecare miraculoasă.

Toate acestea sugerează că, indiferent cum a debutat reacţia sistemului imunitar împotriva mannanului (poate a fost împotriva drojdiilor din floră), s-a manifestat o reacţie şi împotriva drojdiei alimentare, ceea ce agravează inflamaţia din boala Crohn.

Merită să încercaţi o dietă fără drojdie. Sursele de drojdie sînt date în anexa 2 (pp. 353-354). Toţi cei care vor urma dieta completă de eliminare recomandată de prof. Hunter (vezi pp. 154-156) vor elimina şi apoi testa drojdia în cadrul programului.

Alte tratamente prin dietă sugerate pentru boala Crohn

Secţiunea aceasta cuprinde o dietă concepută pentru boala Crohn şi testată în cadrul unui experiment de mici dimensiuni, care a avut rezultate încurajatoare, şi o altă dietă, intens dezbătută şi promovată pe Internet – dieta cu carbohidraţi specifici.

Scanned with OKEN Scanner

Evitarea alimentelor procesate şi a microparticulelor

În cadrul unui studiu-pilot de mici dimensiuni, zece pacienţi cu boala Crohn au fost rugaţi să urmeze o dietă în care să evite toate alimentele procesate. Cu alte cuvinte, tot ce mîncau trebuia să fie pregătit din ingrediente simple şi proaspete. Nu au avut voie să folosească mîncăruri gata preparate sau sosuri gata făcute, nici un fel de alimente „instant" sub formă de pudră sau alte ingrediente facile. Dieta a mai presupus şi alte restricţii, ale căror motive vor fi explicate mai jos: pacienţilor li s-a cerut să evite medicamentele disponibile fără reţetă (cele pentru dureri de cap sau indigestie, de exemplu), să nu includă prea mult calciu în dietă (doar doza zilnică necesară, preferabil obţinută din alimente, şi nu din suplimente), să folosească apă de izvor în loc de apă de la robinet pentru orice (inclusiv pentru gătit şi spălat pe dinţi) şi să-şi înlocuiască pasta de dinţi cu o marcă care nu conţine dioxid de titan.

După ce au urmat acest regim timp de patru luni, şapte din cei zece pacienţi au intrat în remisie, ceea ce pare impresionant. Dar numărul atît de mic al subiecţilor nu permite formularea unor concluzii ferme – ar putea fi vorba doar de reacţii întîmplătoare, datorate unor remisii spontane, deşi este o ipoteză greu de aplicat la 70% din grupul de pacienţi.

Experimentul mult mai extins care a urmat acestui studiu-pilot nu a mai înregistrat nici un fel de beneficii. Aceasta ar putea însemna că cei şapte pacienţi din primul studiu chiar au intrat în remisie spontană, din motive independente de dietă. Cu toate acestea, mai există o explicaţie posibilă, întrucît al doilea experiment a folosit un regim diferit. S-au impus mai puţine restricţii şi nu s-au evitat toate alimentele procesate.

Poate că beneficiile substanţiale obţinute în studiul-pilot chiar au fost întîmplătoare. Dar, avînd în vedere tot ce se ştie despre boala Crohn – că este boala societăţii occidentale moderne, de exemplu, pe lîngă alimentaţia inadecvată şi consumul de fast-food –, evitarea tuturor alimentelor procesate ar putea totuşi să fi avut un efect real.

Cu siguranţă, nu există nici un risc în urmarea unei astfel de diete: este foarte sănătoasă, cu condiţia să aveţi timp să gătiţi folosind ingrediente de bază, şi nu vă veţi înfometa în lipsa alimentelor gata preparate. Puteţi mînca pîine, dar este recomandată cea tradiţională, coaptă pe vatră, în loc de pîinea ambalată şi feliată. Deoarece nu se ştie care elemente ale dietei au fost responsabile pentru rezultate, este bine să se urmeze regimul în totalitate, să se evite şi medicamentele fără prescripţie şi să se înlocuiască pasta de dinţi cu una de tipul menţionat mai sus.

Care a fost motivul tuturor modificărilor suplimentare? Scopul iniţial, în ambele experimente, a fost reducerea cantităţii de particule de minerale din alimentaţie, numite *microparticule*, care conţin în principal silicaţi şi dioxid de titan. Ele sînt folosite ca excipienţi în produsele farmaceutice (mai ales medicaţia fără prescripţie), în unele tablete cu vitamine, în aproape toate pastele de dinţi şi ca aditivi alimentari (în special ca agenţi antiaglomeranţi în alimentele sub formă de pudră). Există dovezi circumstanţiale că aceste particule ar putea avea un rol în activarea sistemului imunitar la nivelul intestinelor. Ele absorb substanţe produse de bacteriile din intestine, atrag atenţia grupurilor de celule imunitare care testează conţinutul intestinelor şi decid ce fel de reacţii imunitare să declanşeze. Descoperirea acestor microparticule în centrele imunitare digestive, mai ales la pacienţii cu boala Crohn, a dus la ipoteza că ele ar putea declanşa procesul inflamator.

Lipsa beneficiilor în urma experimentului la scară largă, care a fost îndreptat în mod special către reducerea aportului de microparticule, face ca ipoteza legată de microparticule să pară îndoielnică, dar unii cercetători încă mai cred că are un sîmbure de adevăr. Şi este posibil ca, deşi evitarea microparticulelor nu va ajuta la combaterea bolii Crohn odată declanşată, să ajute la prevenirea apariţiei bolii sau la prelungirea remisiilor naturale.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă doriţi să încercaţi această dietă, verificaţi toate etichetele suplimentelor de vitamine şi ale medicamentelor şi asiguraţi-vă că nu conţin:

- dioxid de titan (E171) – o formă de dioxid de titan folosită ca agent de albire în pastele de dinţi, vitamine şi alte medicamente (ca şi în dulciurile de culoare albă, unele sortimente de brînză şi sosuri);
- silicaţi sau dioxid de silicon (E551-553);
- carbonat de calciu (E170);
- fosfaţi comestibili extraşi din oase (E542);
- aluminosilicaţi (E554-556 şi E559), care mai pot fi descrişi ca agenţi anticoagulare.

Dieta cu carbohidraţi specifici

Această dietă merită menţionată chiar şi numai datorită publicităţii de care a beneficiat. Teoria care sprijină dieta susţine că amidonurile nedigerate, pe lîngă zaharuri precum fructoza şi lactoza, atunci cînd ajung în colon, hrănesc flora intestinală şi provoacă înmulţirea excesivă a unor specii, cauzînd astfel probleme. Teoria este în oarecare concordanţă cu dovezile legate de boala Crohn, deşi nu face distincţia între efectele intolaranţei la lactoză (vezi capitolul 9) şi cele ale fibrelor şi amidonului nedigerat ajunse în colon (vezi p. 154) – de fapt, nu tratează deloc subiectul fibrelor, ci se axează foarte mult pe amidonurile obişnuite (care sînt în mare măsură digerabile).

Alimentele interzise în dieta cu carbohidraţi specifici sînt numeroase, făcînd-o greu de urmat, iar susţinătorii ei afirmă că este esenţial să fie strict respectată. Chiar dacă unele amidonuri şi zaharuri nu sînt digerate şi ajung în colon, evitarea scrupuloasă a oricăror urme din aceste elemente nu are logică. Nimeni nu este atît de incapabil să le absoarbă încît să nu facă faţă unor cantităţi de alimente ce conţin amidon şi care sînt extrem de digerabile – cum ar fi orezul alb proaspăt fiert. (La p. 255 se explică diferenţa dintre amidonul proaspăt preparat şi cel preparat şi apoi răcit.)

În acelaşi timp cu excluderea riguroasă a amidonurilor obişnuite şi digerabile, cum ar fi cele din orez, dieta permite anumite leguminoase (de exemplu, fasole şi linte) şi nuci – chiar se bazează pe făina de nuci, care o înlocuieşte pe cea de grîu. Dar leguminoasele şi nucile *conţin* amidon, unele fiind mai digerabile, iar altele mult mai puţin digerabile, pe lîngă unele zaharuri neobişnuite pe care nu le putem digera şi o mare cantitate de fibre. Dacă scopul este să ţineţi o dietă care să nu ofere prea multă hrană florei intestinale, atunci cantităţile mari de nuci şi leguminoase ar trebui să fie pe ultimul loc în lista de alimente de consumat.

Există cîteva mărturii impresionante despre beneficiile acestei diete pentru unii pacienţi cu boala Crohn. Credem că adevăratul motiv al beneficiilor este că respectivii pacienţi au o sensibilitate alimentară pe care dieta o dezactivează întîmplător. Aceasta ar putea explica succesul pe care dieta îl are în cazul lor, mai degrabă decît vreun efect asupra florei intestinale – însă pacienţii evită probabil şi multe alte alimente, îngreunîndu-şi inutil viaţa.

Unul dintre pericolele acestei diete este că accentul pus pe evitarea absolută (plus cunoştinţele temeinice în legătură cu alimentele necesare, astfel încît evitarea devine o luptă permanentă) presupune că puteţi oricînd da vina eşecului pe o abatere minoră de la reguli. Astfel, aţi putea să vă chinuiţi să o urmaţi mult timp, cînd, de fapt, dieta pur şi simplu nu are efect.

Există cîteva dovezi circumstanţiale care arată improbabilitatea faptului ca amidonul nedigerabil să stea la baza bolii Crohn. Există zone unde aportul de amidon nedigerabil este deosebit de ridicat: de exemplu, partea rurală a Ugandei, unde alimentul de bază este pătlagina, a Africii de Sud, unde este porumbul, şi a Indiei de sud, unde este orezul. În toate

Scanned with OKEN Scanner

aceste locuri, mîncarea este cel mai adesea consumată rece, ceea ce sporeşte nivelul amidonului rezistent (vezi p. 255). Cu toate acestea, boala Crohn era necunoscută în aceste zone pînă de curînd şi este încă foarte rară. Boala Crohn este recunoscută ca fiind o boală a societăţii moderne, industrializate. Abia acum începe să apară şi la populaţiile non--occidentale.

Colita ulcerativă

Colita ulcerativă este o boală inflamatorie care afectează intestinul gros (sau *colonul*, de unde denumirea de *colită*, inflamaţie a colonului). Provoacă accese de dureri abdominale şi diaree, adesea cu sînge şi mucus prezente în materiile fecale. Au existat rapoarte în anii '60 şi '70 conform cărora pacienţi cu colită ulcerativă „şi-au revenit" cu ajutorul unei diete fără lactate, iar cauza a fost pusă pe seama sensibilităţii alimentare. Exeprienţele ulterioare nu au reuşit să elimine această posibilitate.

Prof. John Hunter, care a iniţiat studiile intoleranţei alimentare în boala Crohn, nu a avut prea mare succes tratînd colita ulcerativă cu aceleaşi metode. Cînd se elimină toate alimentele şi se instituie o dietă elementală sau hrănirea intravenoasă, pacienţii cu colită ulcerativă nu-şi revin în mod consecvent. Probabil că dietele fără lactate din studiile menţionate anterior *au părut* a avea efect deoarece pacienţilor le-a lipsit lactaza, enzima care descompune zaharurile din lapte (vezi capitolul 9). Diareea determină adesea o deficienţă temporară de lactază în intestin, iar consumul de lapte le-ar fi perpetuat pacienţilor crizele de colită.

În ciuda rezultatelor negative, eforturile de a trata colita ulcerativă prin diete de eliminare au continuat sporadic, iar uneori s-au raportat şi succese.

Abordînd altfel problema, un studiu efectuat în Japonia a analizat ce au mîncat pacienţii cu colită ulcerativă cu cinci ani înainte de a se îmbolnăvi şi au comparat apoi dieta lor cu cea a unor oameni sănătoşi. S-a descoperit că persoanele care au dezvoltat boala au avut un aport mult mai ridicat de pîine şi margarină decît cele sănătoase, care au consumat mai multe alimente japoneze tradiţionale. Nu se ştie dacă acest studiu este relevant şi pentru alte naţiuni. Un studiu efectuat în Suedia a arătat că alimentele fast-food consumate de două ori pe săptămînă sau mai des sporesc dramatic riscul de a dezvolta colită ulcerativă – numărul de cazuri de boală era de patru ori mai mare în rîndul consumatorilor de fast-food.

Afecţiuni eozinofilice

Gastroenterita eozinofilică este o afecţiune întîlnită cel mai adesea la copii (vezi p. 321), dar se poate manifesta şi la copii mai mari şi chiar la adulţi. Acumularea de numeroase celule imunitare, numite eozinofile, în peretele intestinal provoacă simptomele, însă factorul declanşator nu este cunoscut. La unii pacienţi este o reacţie de sensibilitate la alimente individuale, dar nu este valabil pentru toţi.

La unii pacienţi cu afecţiuni eozinofilice reactive la alimente, se manifestă o reacţie de tip IgE la alimentul sau alimentele incriminate, aşa că testele cutanate (vezi p. 52) pot fi pozitive. Dar anticorpii IgE nu sînt un factor declanşator esenţial pentru eozinofile şi multe persoane au rezultate negative la teste. Astfel, identificarea alimentelor incriminate este deosebit de dificilă.

Scanned with OKEN Scanner

O dietă de eliminare este o posibilă cale de a identifica alimentele responsabile, dar trebuie urmată sub supraveghere medicală. Ca şi în cazul bolii Crohn, începerea cu o perioadă de dietă elementală este cea mai indicată abordare. Poate dura o vreme pînă cînd simptomele vor fi aduse sub control, deoarece dispersia eozinofilelor nu se poate realiza foarte repede.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 8

„Impostorii" alergiilor alimentare: alergiile alimentare false şi reacţiile la histaminele, latexul, acarienii, antibioticele, nichelul şi cromul din alimente

Toate reacţiile descrise în acest capitol se pot manifesta ca reacţii alergice la alimente. Unele se datorează contaminanţilor din alimente – latex sau antibiotice, de exemplu –, care provoacă o reacţie alergică. Alergia alimentară falsă şi intoxicaţia cu histamine, pe de altă parte, nu implică nici o reacţie alergică din partea organismului: alimentul însuşi este responsabil de simptomele similare alergiei.

Alergia alimentară falsă

Alergia alimentară falsă, aşa cum este denumită în această carte, presupune reacţii neobişnuite la alimente, cauzate de declanşarea directă a mastocitelor de către aliment. Cu alte cuvinte, aceste reacţii implică mastocitele, dar nu depind de formarea de anticorpi IgE la alimentul în cauză. Deoarece reacţia este produsă de mastocite, care eliberează mediatori, simptomele sînt imposibil de distins de acelea ale alergiei alimentare IgE reale.

Ce este şocul anafilactoid?

Atunci cînd are loc o reacţie generalizată similară şocului anafilactic, în care sînt declanşate mastocitele şi bazofilele fără ca IgE să fie implicaţi, ea se numeşte *şoc anafilactoid*. Reacţia poate avea mai multe cauze, dar nu este frecventă. Reacţiile la histaminele din alimente (vezi mai jos) constituie una dintre cauzele posibile ale şocului anafilactoid.

Cînd alimentele contraatacă

Alimentele nu sînt întotdeauna atît de pasive şi de inofensive pe cît am putea crede: plantele nu vor să fie mîncate şi de aceea au arme de luptă. Plantele sălbatice dispun de numeroase „arme chimice" care să-i descurajeze pe eventualii consumatori, iar unele dintre aceste arme se păstrează chiar şi la plantele cultivate modern. Faptul că nu ne fac rău cînd le mîncăm se datorează abilităţilor noastre de a descompune substanţele respective.

Scanned with OKEN Scanner

Un tip deosebit de viclean de armă întoarce sistemul de apărare cel mai puternic al organismului împotriva sa: păcăleşte mastocitele, făcîndu-le să degranuleze (să atace toate în acelaşi timp – vezi capitolul 2). În alimente există zeci de substanţe capabile de acest truc. Unele leagă receptorii de pe mastocite care se ataşează în mod normal de IgE, făcînd astfel legătura cu receptorii. Unele se leagă de moleculele IgE şi fac legătura cu receptorii în acest mod. Deoarece legarea cu receptorii este semnalul de degranulare pentru mastocite, arma secretă a alimentului determină eliberări masive de histamine, la fel ca într-o reacţie alergică reală.

Lectinele

O grupă de substanţe care au acest efect asupra mastocitelor este cea numită *lectine*. Ele sînt produse în concentraţii ridicate de către alune, fasole, mazăre şi linte. Lectinele se mai găsesc şi în melcii comestibili şi grîu. Principala trăsătură a lectinelor este că se ataşează de carbohidraţii situaţi la suprafaţa tuturor celulelor.

Unul dintre efectele pe care le au lectinele, prin ataşarea la suprafaţa celulelor, este că fac hematitele să se grupeze. Dacă ajung în fluxul sangvin, consecinţele pot fi devastatoare. Ricina, una dintre cele mai puternice otrăvuri cunoscute – folosită în asasinarea disidentului Gheorghi Markov de către poliţia secretă bulgară la Londra, în 1978 –, este un tip de lectină derivat din planta de ricin.

Din fericire, nu toate lectinele sînt atît de puternice, dar multe dintre ele pot provoca leziuni mult mai subtile. În afară de declanşarea mastocitelor, ele se mai pot ataşa de mucoasa intestinală, făcînd-o mai permeabilă, astfel încît mai multe proteine nedigerate pot ajunge în fluxul sangvin.

Multe lectine sînt dezactivate prin preparare termică, dar trebuie să fie expuse la temperaturi înalte mult timp pentru a li se distruge toate principiile active. Lectina puternică ce se găseşte în boabele mari de fasole poate provoca diaree severă şi dureri abdominale puternice dacă boabele nu sînt înmuiate şi fierte cum trebuie. Folosirea aparatelor de gătire lentă pentru a prepara feluri de mîncare cu fasole a dus la numeroase accese de diaree şi dureri abdominale.

În timp ce lectina din fasolea gătită incomplet face rău oricui, alte lectine sînt mai selective. Fiecare dintre noi este uşor diferit din punctul de vedere al alcătuirii chimice, iar unul dintre modurile în care oamenii diferă între ei este legat de carbohidraţii scurţi situaţi la suprafaţa celulelor. Lectinele se ataşează de aceşti carbohidraţi şi sînt specifice zaharurilor individuale care alcătuiesc carbohidratul. Este posibil ca diferenţele individuale în cadrul lanţurilor de carbohidraţi să îi facă pe unii oameni mai susceptibili la o anumită lectină, în timp ce alţii nu au nici o problemă.

Alte alimente care pot declanşa mastocitele

Deşi lectinele sînt probabil cel mai intens studiate, cu siguranţă nu sînt singurele componente alimentare care pot declanşa direct mastocitele. Cîteva alimente conţin peptide (catene scurte de aminoacizi) care se pot ataşa la mastocite în cazul unor persoane, făcîndu-le să degranuleze. Aceste alimente sînt albuşul de ou, căpşunile, crustaceele (creveţi, crabi, homari), roşiile, peştele, carnea de porc, alcoolul şi ciocolata. Hrişca, seminţele de floarea-soarelui, fructul de mango şi muştarul pot avea şi ele aceleaşi efecte.

Ananasul crud şi papaya conţin enzime foarte puternice care descompun proteinele şi care pot ataca membrana oricărei celule a corpului (de aceea nu sînt recomandate să fie

Scanned with OKEN Scanner

mîncate pe stomacul gol – atacă mucoasa stomacului). Aceste enzime sînt capabile să facă mastocitele să degranuleze, dar nu se ştie dacă unii indivizi sînt mai predispuşi decît alţii.

Diagnosticarea alergiei alimentare false

Distincţia între alergia alimentară falsă şi cea reală este foarte dificilă. Testul cutanat (pentru depistarea alergiei IgE – vezi p. 52) nu va distinge o alergie alimentară falsă de o alergie alimentară IgE reală – ambele vor da rezultat pozitiv. Testul sangvin pentru IgE va fi însă negativ.

Distincţia între aceste două tipuri de reacţie alimentară este importantă pentru cercetători, care încearcă să înţeleagă mecanismele alergiei alimentare şi să-i stabilească prevalenţele. În cazul persoanelor afectate de alergia alimentară falsă, distincţia este mai puţin importantă, deoarece consecinţele şi tratamentul sînt în mare măsură aceleaşi. În majoritatea cazurilor este necesară evitarea alimentului. Medicamente precum cromoglicatul sau antihistaminele, prescrise pentru alergiile IgE, vor fi de ajutor şi în cazul alergiei alimentare false – nu are importanţă modul în care au fost declanşate mastocitele.

Este posibil însă ca indivizii cu alergie alimnetară falsă să sufere de o deficienţă suplimentară care să-i facă mai predispuşi la reacţii. S-a descoperit că 50% dintre pacienţii cu alergie alimentară falsă au deficienţă de magneziu. Insuficienţa de magneziu afectează eliberarea de histamine şi sporeşte sensibilitatea la histamină.

Surprinzător, este posibil ca alergia alimentară falsă să fie depăşită odată cu vîrsta. Copiii care manifestă astfel de reacţii la alimente deseori scapă de ele, de obicei înainte de a împlini opt ani. Nu se ştie exact de ce se întîmplă asta. Ar putea fi vorba de o modificare a structurii ţesuturilor ce înconjoară mastocitele din mucoasa intestinală, care le face mai puţin accesibile la moleculele de alimente.

Histamina din alimente şi băuturi

Unele alimente şi băuturi conţin cantităţi considerabile de histamină, care poate provoca simptome neplăcute. Întrucît histamina este, în acelaşi timp, principalul produs al mastocitelor, efectele sale sînt similare cu cele ale unei reacţii alergice de tip IgE.

Histamina se formează în alimente prin intermediul acţiunii anumitor bacterii. Ele nu sînt bacterii cauzatoare de boli, iar prezenţa lor este în mod normal inofensivă, dar dacă sînt prea numeroase, histamina pe care o produc poate crea probleme.

Cele mai ridicate niveluri de histamină se găsesc în anumite specii de peşti, în special în macrou şi ton, dacă nu sînt păstraţi la temperaturi foarte joase înainte de a fi consumaţi sau conservaţi. Bacteriile din peşti produc un cocteil de toxine care include cantităţi generoase de histamine. Peştii alteraţi în acest mod au un gust înţepător, iute sau metalic; tonul poate fi mai închis la culoare.

Persoanele care consumă o cantitate neobişnuit de mare de histamine la o masă pot face *intoxicaţie cu histamină*: simptomele sînt greaţă, diaree, erupţii cutanate, bufeuri şi dureri de cap. Ficatul este echipat corespunzător pentru a detoxifia organismul de histamine, aşadar simptomele sînt de obicei de scurtă durată, dispărînd în mai puţin de 12 ore.

Se pot manifesta şi simptome mai puţin dramatice, la unele persoane, în urma consumului unei cantităţi moderate de histamină în mod regulat. Vulnerabilitatea în faţa dozelor zilnice de histamină variază de la un individ la altul. Unele persoane cu urticarie cronică par a fi neobişnuit de susceptibile; ele trebuie să evite histamina o vreme, pentru

Scanned with OKEN Scanner

a vedea dacă urticaria dispare. Medicamentul numit isoniazidă, care se foloseşte pentru tratarea tuberculozei, reduce abilitatea ficatului de a descompune histamina, iar pacienţii care iau acest medicament trebuie să evite alimentele bogate în histamine. Hepatita virală şi ciroza ficatului fac de asemenea organismul mai puţin capabil să se detoxifice de histamină.

Principalele alimente cu un conţinut bogat de histamină sînt brînzeturile maturate şi cîrnaţii, mai ales cei care se ţin mai mult timp la maturat. Peştele conservat de orice fel şi varza murată pot fi şi ele bogate în histamine. Nivelul de histamină este ridicat la anumite soiuri de vin roşu (mai ales la cele mai ieftine), destul de mare la şampanie, dar moderat la bere şi vin alb.

Orice creştere a permeabilităţii peretelui intestinal sporeşte sensibilitatea la histaminele din alimente, pur şi simplu din cauză că prin el poate pătrunde o cantitate mai mare de histamine. Se pare că permeabilitatea mărită a peretelui intestinal este o trăsătură comună a mai multor forme de sensibilitate alimentară, aşadar evitarea vinurilor bogate în histamine, a brînzeturilor şi cîrnaţilor poate fi de ajutor.

Adiministrarea de antihistaminice va bloca reacţia la histamina din alimente, dar are efect complet doar dacă se face înainte de masă.

Reacţiile la latexul din alimente

Alergia la latex este o problemă din ce în ce mai frecventă, mai ales în rîndul angajaţilor din spitale. Poate cauza atît reacţii IgE imediate, cît şi reacţii imunitare întîrziate.

Unii indivizi alergici la latex sînt atît de sensibili, încît chiar şi cantităţi infime le pot provoca probleme. Ei pot să reacţioneze la cantităţi microscopice de latex ce ajung în alimente. Aceasta ar putea fi explicaţia unor reacţii intermitente la alimente care nu par a avea legătură cu nici un ingredient. Mănuşile purtate de cei care prepară mîncarea în restaurante, magazinele care vînd sendvişuri şi cantinele sînt sursa problemei. Personalul din măcelării sau din patiserii poartă, de asemenea, mănuşi din latex.

Toţi cei implicaţi în manevrarea şi prepararea alimentelor ar trebui să poarte mănuşi non-latex, cu excepţia situaţiilor în care alimentele sînt spălate sau preparate termic înainte de fi mîncate, proces prin care alergenul este eliminat.

Atunci cînd se poartă mănuşi de latex la spălatul vaselor, alergenul este eliminat prin spălare, dar manevrarea tacîmurilor uscate cu mănuşi de latex va lăsa urme reziduale de alergen care pot fi suficiente pentru a provoca o reacţie.

Ambalajele unor tipuri de îngheţată sînt uneori lipite cu un adeziv care conţine latex, iar dacă acesta va atinge buzele sau gura unei persoane alergice, poate provoca o reacţie. Acelaşi tip de adeziv este folosit la multe tipuri de batoane de ciocolată. Din nou, în contact cu buzele, poate provoca o reacţie. Mai este posibil ca, atunci cînd procesul de lipire nu este efectuat cu maximă precizie şi cele două margini ale ambalajului nu se îmbină perfect, urme de latex să ajungă pe aliment. (Toate produsele Nestlé şi Kellogg's au ambalaje fără latex. Batoanele Cadbury cu învelişul tradiţional de staniol şi hîrtie sînt şi ele sigure.)

Posibilitatea contaminării cu latex în procesul de fabricare a alimentelor este o temă abia recent adusă în discuţie. Conductele căptuşite cu latex pot fi folosite pentru transportul laptelui sau al ciocolatei lichide, de exemplu, şi unele urme de alergen pot ajunge în aliment. O analiză a biscuiţilor cu ciocolată a arătat că un singur biscuit are un nivel de latex de 20 de ori mai ridicat decît cel suficient pentru a produce o reacţie alergică la o persoană foarte sensibilă. Unii muncitori din fabricile de alimente încă mai poartă mănuşi din latex, în ciuda faptului că se cunosc bine problemele provocate de acesta, iar mulţi fabricanţi au început să treacă la alte tipuri de mănuşi.

Scanned with OKEN Scanner

În sfîrşit, unele tipuri de gumă de mestecat conţin latex (Wrigley este sigură), la fel ca şi multe tipuri moderne de dopuri de şampanie. Pungile alimentare cu şină conţin latex, cele obişnuite nu.

Nu ştie nimeni cît de frecvent latexul din alimente provoacă reacţii şi cît sînt de severe acestea. Nu există dovezi de şocuri anafilactice care să fi pus viaţa în pericol şi care să fi fost provocate de latexul din alimente. Cu toate acestea, explicaţia ar fi dificultatea stabilirii cauzei reacţiilor. Nu există un test rapid şi uşor care să depisteze cantitatea de latex din alimente, pe de o parte. Pe de alta, persoanele cu alergie la latex au reacţii încrucişate frecvente cu alte alimente (vezi p. 95). Aceşti doi factori împiedică recunoaşterea reacţiilor la contaminarea cu latex.

Reacţiile la antibioticele din carne

Antibioticele se folosesc pe scară largă la animalele din ferme crescute pentru carne, adesea nu din motive ce ţin de sănătate, ci fiindcă sporesc rata de creştere a animalelor şi astfel accelerează profiturile. Există restricţii legale în ce priveşte cantitatea de reziduuri de antibiotice din carne în momentul în care aceasta este comercializată, care sînt însă stabilite în funcţie de criterii generale de sănătate, nu de cerinţele persoanelor alergice la antibiotice.

Cei care suferă de alergie IgE la penicilină şi care sînt sensibili la cantităţi foarte mici riscă să dezvolte reacţii la reziduurile de antibiotice din carne. Într-un caz examinat în detaliu de medicii francezi, nivelul de penicilină permis în carne de legislaţia UE era de 100 de ori mai mare decît cel care putea produce o reacţie la pacientul lor. Acesta a suferit un şoc anafilactic după ce a mîncat carne tocată de la supermarket, însă putea consuma carne de la măcelarul local fără probleme, fără să aibă nici o reacţie IgE la carnea de vită.

Reacţiile la acarienii de stocaj din produsele făinoase

Există acarieni care trăiesc în făină şi în produse similare, numiţi acarieni de stocaj. Sînt înrudiţi cu acarienii de praf, cu care au în comun nişte proteine. Ca rezultat, pot provoca reacţii alergice IgE la persoanele deja sensibile la acarienii de praf.

Acarienii de stocaj pot fi foarte numeroşi, iar aportul de alergen poate fi foarte ridicat. Se poate declanşa şocul anafilactic, care pune viaţa în pericol, în urma consumului de alimente contaminate cu acarieni. Cercetările din SUA arată că nivelul de acarieni este foarte scăzut în momentul achiziţionării alimentelor, iar infestarea cu acarieni are loc la domiciliu, după ce se desface ambalajul. Păstrarea făinei (şi a produselor pe bază de făină, precum amestecuri pentru prăjituri sau clătite) mult timp poate fi cauza problemei. Borcanele de depozitare bine sigilate pot ajuta la reducerea infestării, dar este mai bine să se cumpere alimentele în cantităţi mici şi să nu fie păstrate prea mult timp.

Alergenul de gîndaci de bucătărie este şi el întîlnit în unele produse alimentare în ţările unde aceşti dăunători sînt răspîndiţi. El reprezintă un risc pentru persoanele cu alergie la gîndacii de bucătărie. În prezent, acest tip de alergie este foarte rar în anumite zone, deoarece gîndacii rareori supravieţuiesc în iernile friguroase, dar schimbările climaterice ar putea să ne priveze de această protecţie naturală.

Scanned with OKEN Scanner

Reacţiile la nichelul din alimente

Unele persoane cu iritaţii greu de diagnosticat sau care au fost diagnosticate cu „eczemă atopică" au de fapt o sensibilitate la nichelul din mîncare sau băuturi. Aceasta este o reacţie de sensibilitate întîrziată, nu o alergie IgE. Îi afectează pe cei care fac o iritaţie cunoscută sub denumirea de dermatită de contact, atunci cînd pielea lor este expusă la nichel (din bijuterii, de exemplu, sau monede). Se pare că sensibilizarea se produce iniţial la nivel cutanat.

Rareori, unele persoane dezvoltă această reacţie la nichelul din alimente fără a fi conştiente că au (potenţial) şi o dermatită de contact la nichel. Se presupune că au fost sensibilizate pe cale cutanată la un moment dat, dar contactul cutanat nu mai este, în prezent, suficient pentru a provoca simptomele dermatitei de contact.

Reacţiile la nichelul din alimente sînt foarte variate, dar tind să se încadreze în anumite tipare caracteristice. Iată cîteva posibilităţi, dar nu uitaţi că se pot produce şi în alte moduri:

- O iritaţie eczematoasă în jurul anusului şi al zonei genitale. (Se poate datora nichelului din alimente care este eliminat odată cu fecalele şi urina.)
- O iritaţie răspîndită care se aseamănă foarte mult cu eczema atopică. Poate să apară pe tot corpul sau doar în pliul antebraţului, pe pleoape, pe părţile laterale ale gîtului şi în regiunea ano-genitală.
- O iritaţie pruriginoasă şi răspîndită care nu se încadrează în nici o categorie de diagnostic.
- Eczema mîinilor, adesea de tipul celei numite dishidroză, care se manifestă prin băşici mari, pline cu lichid care apar pe palme şi pe părţile laterale ale degetelor. Iritaţia apare uneori şi pe labele picioarelor.
- Urticaria cronică (iritaţie permanent prezentă sau care reapare în mod regulat). Se poate manifesta şi edem răspîndit (umflare).

Dieta cu conţinut redus de nichel

Dacă aveţi dermatită de contact la nichel, plus o iritaţie inexplicabilă, merită să încercaţi această dietă. Dieta cu conţinut redus de nichel nu este folosită de majoritatea medicilor – de fapt, foarte puţini au auzit de ea. Cu toate acestea, există dovezi clare în sprijinul ei. A fost supusă la teste ştiinţifice care au arătat că poate elimina simptome misterioase şi problematice la unii pacienţi. Aceştia vor beneficia de o dispariţie completă a iritaţiei sau doar de o ameliorare parţială.

Această dietă nu prezintă nici un risc de malnutriţie, iar medicul dumneavoastră nu ar trebui să aibă nimic de obiectat, orcît de neîncrezător ar fi în legătură cu utilitatea ei.

Înainte de a începe dieta, sînt anumite lucruri pe care trebuie să le faceţi:

- Asiguraţi-vă că nu intraţi în contact cu nici un fel de nichel (de exemplu, din nasturii de la blugi, cureaua de la ceas, pila de unghii sau agrafele de păr) cel puţin două săptămîni înainte de a începe dieta. Continuaţi să evitaţi scrupulos toate aceste surse de nichel şi în timpul dietei.
- Întrerupeţi orice tratament cu corticosteroizi sau antihistaminice cu o săptămînă înainte de a începe dieta, ceea ce va permite observarea cu uşurinţă a oricăror ameliorări. Evident, trebuie să aveţi acodul medicului în acest sens.
- Planificaţi dinainte – aveţi angajamente anterioare care vă vor împiedica să aveţi grijă la ce mîncaţi? O masă ocazională la care să vă abateţi un pic de la dietă nu vă va face

Scanned with OKEN Scanner

foarte rău, deoarece nu este un regim în care să evitaţi rigid un anumit aliment. Scopul dietei este să reduceţi, pur şi simplu, cantitatea totală de nichel ingerat. Problematic ar fi dacă, de exemplu, nu aţi avea control asupra a ceea ce mîncaţi timp de cîteva zile. Nu uitaţi că dietei îi vor trebui între 6 săptămîni şi 6 luni să ajungă la rezultatele complete, aşadar planificaţi-o în funcţie de acest interval de timp.

- Verificaţi-vă bucătăria pentru a vedea dacă aveţi ustensile din nichel, deoarece vor lăsa reziduuri în alimente şi băuturi. Din fericire, nichelul este foarte strălucitor, deci uşor de recunoscut. Obiectele care pot fi placate cu nichel sînt strecurătorile de ceai, infuzoarele de ceai şi telurile. Puneţi-le deoparte, astfel încît să nu le folosească nimeni pe durata dietei. De asemenea, nu trebuie să gătiţi alimente acide (fructe) în oale din inox, deoarece acidul extrage o parte din nichelul conţinut în inox. Oalele emailate sînt cea mai bună alegere pentru alimentele acide.

Nichelul se găseşte şi în apa potabilă, în principal absorbit peste noapte din învelişul nichelat al robineţilor. Dimineaţa, lăsaţi apa să curgă un minut înainte de a o folosi.

Există anumite alimente cu un *conţinut ridicat de nichel* pe care este bine să le evitaţi complet:

- creveţi, crabi, homari, scoici, midii, moluşte şi alte fructe de mare;
- muguri de fasole şi de alfalfa;
- salată verde, praz, spanac şi varză;
- fasole verde şi mazăre;
- fasole coaptă şi alte leguminoase (fasole uscată, mazăre uscată, năut, linte etc.);
- produse ce conţin proteine din soia, cum ar fi cîrnaţii şi burgerii vegetali;
- fulgi de ovăz, mei şi hrişcă;
- tărîţe de grîu (evitaţi pîinea integrală şi alegeţi pîinea albă, luîndu-vă aportul de fibre din fructe şi legume; nu mîncaţi cereale sau altceva care să conţină tărîţe);
- zmeură, prune uscate, ananas, smochine;
- ciocolată şi cacao;
- ceai de la dozatoare (restricţionaţi şi aportul de ceai şi cafea obişnuite, nu le faceţi prea tari);
- alune;
- alune de pădure, migdale şi marţipan;
- seminţe de floarea-soarelui şi de in (nu mîncaţi pîine cu multicereale);
- orice produs preparat cu praf de copt sau făină cu agent de creştere (biscuiţi, prăjituri, fursecuri, pandişpan);
- lemn-dulce;
- preparate cu vitamine şi minerale care conţin nichel (citiţi cu atenţie eticheta);
- băuturi la doză şi alimente în conservă – consumaţi cît mai puţine.

Alte cîteva alimente şi băuturi par să irite pielea persoanelor sensibile la nichel, chiar dacă nu sînt bogate în nichel. Şi aceste alimente trebuie evitate:

- vin;
- bere;
- mere;
- citrice, inclusiv sucurile făcute din ele;
- heringi, macrou, ton;
- morcovi, ceapă şi roşii.

Scanned with OKEN Scanner

Reacţiile la cromul şi cobaltul din alimente

Persoanele care au dermatită de contact la crom sau cobalt pot să reacţioneze uneori la aceste metale atunci cînd sînt absorbite din alimente sau băuturi. Dacă ştiţi că sînteţi sensibil la unul dintre aceste metale (sensibilitatea la crom se întîlneşte adesea la persoanele cu pielea sensibilizată la ciment umed), aceasta este o posibilitate. Trebuie să vă îngrijoraţi doar dacă aveţi o erupţie generală, pe părţi ale corpului care nu au fost expuse la metalul respectiv, sau o dermatită hidrotică severă în ciuda faptului că aţi evitat cu mare grijă expunerea la sursele de metal.

Reducerea aportului de metal la care sînteţi sensibilizat poate fi de ajutor pielii. Cu toate acestea, cromul şi cobaltul sînt necesare într-o alimentaţie echilibrată, aşadar nu trebuie să le evitaţi complet. Pentru a urma o astfel de dietă pe termen lung, aveţi nevoie de ajutorul unui nutriţionist cu studii medicale. Rugaţi medicul de familie să vă recomande un astfel de specialist.

Înainte de a face acest pas, încercaţi să reduceţi orice exces de surse ale acestor metale, timp de trei săptămîni, pentru a vedea dacă starea pielii se ameliorează în vreun fel. Dacă răspunsul este afirmativ, atunci puteţi apela la un specialist care să vă prescrie o dietă de evitare riguroasă.

În cazul sensibilităţii la cobalt, există o singură recomandare: evitaţi orice fel de bere la doză sau la sticlă. (Se foloseşte un aditiv cu cobalt care controlează modul în care se formează spuma.)

În cazul sensibilităţii la crom, lista este mai lungă. Trebuie să evitaţi berea, vinul şi cidrul, brînza, sursele foarte concentrate de drojdie, cum ar fi extractul şi tabletele de drojdie, piperul negru, ficatul de vită, germenii de grîu şi pîinea integrală.

Dacă aveţi şi sensibilitate la nichel, trebuie să evitaţi de asemenea alimentele bogate în nichel (vezi p. 168).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 9

Deficiența de lactază și intoleranța la lactoză

Lactoza este un glucid, deşi nu are un gust prea dulce. Se găseşte în laptele de orice fel – de vacă, oaie, capră sau alte animale. Acelaşi glucid este prezent şi în laptele uman şi în laptele praf pentru sugari. Produsele derivate din lapte, cum ar fi iaurtul, brînza şi smîntîna, conţin mai puţină lactoză decît laptele, dar tot o au în compoziţie.

Pentru a digera lactoza, sistemul digestiv produce o enzimă numită lactază. (Nu uitaţi, lactAza este enzima, iar lactOza este glucidul.) Atunci cînd cantitatea de lactază produsă de organism este insuficientă pentru lactoza consumată, adesea (deşi nu tot timpul – vezi p. 183) se manifestă simptome neplăcute. Este vorba de intoleranţa la lactoză.

Lactoza este alcătuită din două zaharuri mai mici (glucoza şi galactoza) îmbinate. Lactaza descompune fiecare moleculă de lactoză în cele două glucide componente, care sînt apoi absorbite, prin peretele intestinal, în fluxul sangvin. Lactoza în starea iniţială este prea mare pentru a putea fi absorbită.

Lactaza trebuie produsă în prima parte a intestinului, adică în intestinul subţire. Dacă acolo nu există suficientă lactază, lactoza merge mai departe şi ajunge în colon (intestinul gros), unde se află majoritatea bacteriilor care alcătuiesc flora intestinală, numite „bacterii prietenoase".

Bacteriile florei sînt prietenele organismului în condiţii normale, dar, puse în faţa unei cantităţi enorme de lactoză, se înfruptă din ea precum copiii puşi în faţa unei grămezi de prăjituri. Astfel, produc foarte multe gaze, cantităţi mari de acid şi de produse secundare iritante. Ele provoacă diareea pronunţată, împreună cu flatulenţa, însoţită uneori chiar de dureri abdominale. Cînd deficienţa de lactază este uşoară, simptomele sînt altele, precum colicii la copii (vezi capitolul 15).

Glucidele şi proteinele din lapte

Este important să nu se confunde intoleranţa la lactoză cu reacţiile de sensibilitate la proteinele din lapte. Ambele fac pacientul să reacţioneze la laptele consumat, dar există diferenţe esenţiale (vezi pp. 305-306).

Cele patru tipuri de intoleranţă la lactoză

Acestea sînt diferitele tipuri de intoleranţă la lactoză, cauzate de diferitele tipuri de deficienţă de lactază :

- O incapacitate totală, pe viaţă, de a produce lactază. Această afecţiune este foarte rară şi se moşteneşte genetic. Termenul pe care îl folosim este *deficienţă congenitală de lactază*.

- O insuficienţă temporară de lactază rezultată în urma unei crize de diaree (diaree cauzată de alţi factori, nu de lactoză) sau a altui tip de leziuni ale mucoasei intestinale. Termenul pe care îl folosim pentru această situaţie este *deficienţă secundară de lactază*. Poate afecta pe oricine, şi cei mai mulţi dintre oameni suferă astfel de crize cel puţin o dată în viaţă, uneori fără să-şi dea seama, deoarece ele sînt de scurtă durată.
- Un declin constant al producţiei de lactază odată cu vîrsta: el poate debuta de îndată ce bebeluşul este înţărcat, dar se poate produce şi mai tîrziu, în copilărie sau la vîrsta adultă. Termenul pe care îl folosim în acest caz este *deficienţă tîrzie de lactază*.
- O deficienţă pe termen scurt care se produce din cauză că unele mese au un conţinut foarte ridicat de lactoză, care depăşeşte cantitatea de lactază produsă de organism. Termenul folosit aici este *deficienţă trecătoare de lactază*.

Alţi experţi folosesc termeni diferiţi sau aceiaşi termeni cu alte accepţii, ceea ce poate duce la confuzii. Vom menţiona aceste variaţii pe măsură ce vom prezenta fiecare tip de deficienţă de lactază, pentru a vă ajuta să înţelegeţi ceea ce aţi citit sau aţi auzit în altă parte.

Deficienţa congenitală de lactază

Unii oameni se nasc fără capacitatea de a digera lactoza: nu o pot digera atunci cînd sînt bebeluşi şi nu vor fi niciodată capabili să o digere. Ei produc lactază, dar enzima nu funcţionează cum trebuie. Aceasta se întîmplă deoarece există o mutaţie în gena care codifică enzima, iar mutaţia modifică structura enzimei.

Simptomele – în principal diaree – se vor manifesta şi dacă bebeluşul este alăptat sau hrănit cu biberonul (cu lapte praf standard). Diareea începe, de regulă, la cîteva zile de la naştere, dar, uneori, poate debuta şi după zece zile. Este nevoie de un tratament prompt (vezi p. 178).

Trebuie reţinut că bebeluşii prematuri – născuţi la mai puţin de 34 de săptămîni – pot avea la început o oarecare insuficienţă de lactază, deoarece sistemul lor digestiv nu este complet dezvoltat. Este o afecţiune temporară, şi nu o deficienţă congenitală de lactază. Nou-născuţii, chiar şi cei născuţi la termen, nu digeră toată lactoza din mesele pe care le consumă, dar nu prezintă simptome: lactoza care trece mai departe în intestin va ajuta la formarea unei flore intestinale sănătoase în zilele imediat următoare naşterii (vezi p. 43).

Deficienţa congenitală de lactază este moştenită genetic şi, din fericire, rară. Mai este numită şi *deficienţă moştenită de lactază* sau *alactazie congenitală*. Adesea este numită *deficienţă primară de lactază*, dar, recent, acest termen folosit la scară largă denumeşte *deficienţa întîrziată de lactază*, ceea ce poate duce la confuzii. De aceea, considerăm că este bine să se evite termenul „deficienţă primară de lactază".

Care este probabilitatea ca aceiaşi părinţi să aibă un al doilea copil cu această problemă? Pentru ca un bebeluş să se nască cu deficienţă congenitală de lactază, trebuie să moştenească două copii ale genei mutante – una de la mamă şi una de la tată. Fiecare dintre noi are două copii ale aproape tuturor genelor. Pentru a da naştere unui copil cu această problemă, ambii părinţi trebuie să fie purtători ai genei mutante, dar dacă ei pot digera lactoza (sau au putut atunci cînd erau bebeluşi), probabil că au, fiecare, şi gena normală. Astfel de părinţi nu vor da neapărat naştere încă unui copil cu deficienţă congenitală de lactază, deoarece sînt şi purtători ai unei copii bune a genei respective. Şansele de a avea un alt copil cu deficienţă congenitală de lactază sînt de doar una la patru. Jumătate dintre copiii lor, în medie, vor fi purtători ai genei mutante, dar nu vor prezenta simptome, deoarece au şi o copie bună a genei. Unu din patru copii, în medie, va moşteni două copii bune ale genei şi nu va avea nici un fel de probleme.

Scanned with OKEN Scanner

Nu uitați că aici este vorba de noroc – este un fel de loterie. Așadar, dacă sînteți un cuplu de părinți toleranți la lactoză al căror prim copil are deficiență congenitală de lactază, atunci *ați putea* avea un al doilea copil cu aceeași problemă, dar ați fi ghinioniști în acest caz, deoarece șansele sînt de una la trei. Pe de altă parte, jumătate dintre copiii dumneavoastră, în medie, vor fi purtători ai genei mutante și ar putea și ei, la rîndul lor, avea copii cu aceeași problemă, dacă se căsătoresc cu cineva care poartă gena.

O persoană cu deficiență congenitală de lactază va avea copii cu aceeași problemă dacă se căsătorește cu cineva care poartă, de asemenea, gena mutantă. Dar, indiferent cu cine se căsătoresc, aceștia vor fi purtători ai genei.

Intoleranța la lactoză fără deficiență de lactază

Aceasta este o afecțiune foarte rară la bebeluși. Ei nu au deficiență de lactază – cu alte cuvinte, nu le lipsește enzima numită lactază. Problema apare din cauză că mucoasa stomacului este neobișnuit de permeabilă, iar lactoza trece direct în fluxul sangvin fără a fi digerată. (Se produce lactază, iar lactoza este descompusă în următorul segment al tractului digestiv, intestinul subțire. La acești bebeluși, lactoza este absorbită înainte de a ajunge la lactază.) Simptomul principal este voma severă. Este nevoie de teste sangvine pentru identificarea lactozei în sînge. Tratamentul prompt cu o formulă fără lactoză este esențial, deoarece afecțiunea poate fi fatală. În timp, mucoasa stomacului revine la normal, iar lactoza poate fi tolerată fără alte probleme. Majoritatea copiilor și-au revenit pînă la vîrsta de 18 luni.

Deficiența secundară de lactază

Aceasta poate afecta pe oricine (bebeluș, copil sau adult) a avut o criză severă de diaree, provocată de un microb digestiv sau din alte cauze. Diareea întrerupe temporar capacitatea mucoasei intestinale de a produce lactază. Această stare se prelungește adesea pînă la cîteva zile după încetarea diareei, făcînd dificilă digerarea lactozei în acest timp. Consumul de lapte imediat după criza de diaree o poate declanșa din nou, ca rezultat al deficienței secundare de lactază. Evitarea laptelui pe perioada simptomelor și apoi reintroducerea treptată a lactozei în alimentație vor permite mucoasei intestinale să-și recupereze capacitatea de a produce lactază. La persoanele care suferă de boli ce afectează mucoasa intestinală, inclusiv boala celiacă, boala Crohn, colita ulcerativă și sprue tropical, se poate, de asemenea, manifesta deficiența secundară de lactază. Consumul de lactoză va înrăutăți simptomele. Tratamentul eficient al bolii principale, dacă repară unele sau toate leziunile mucoasei intestinale, ar trebui să refacă abilitatea de a digera lactoza.

Bebelușii cu o reacție de sensibilitate la proteinele din laptele de vacă pot avea și intoleranță la lactoză, din cauza diareei. Ei vor fi capabili să digere din nou lactoza, odată ce reacția de sensibilitate a fost tratată.

Se poate manifesta deficiență secundară de lactază și la pacienții aflați în chimioterapie pentru cancer, precum și la persoanele cu alcoolism cronic. Intervențiile chirurgicale prin care se înlătură porțiuni din intestinul subțire pot, de asemenea, reduce cantitatea de lactază produsă de organism.

Scanned with OKEN Scanner

Deficienţa de lactază cu debut tardiv

Deficienţa de lactază cu debut tardiv afectează aproximativ 70% din populaţia mondială. Nu este o boală, ci perfect naturală şi sănătoasă pentru majoritatea fiinţelor umane. Cei care continuă să producă lactază ca adulţi sînt excepţiile. În Marea Britanie totuşi, la fel ca şi în restul Europei de Nord, acesta este tiparul normal. Se numeşte *persistenţa de lactază.*

Consumul de lapte şi de alimente care conţin lactoză la adulţi este relativ nou, în termeni evolutivi. A început cu doar 10.000 de ani în urmă, odată cu apariţia creşterii animalelor domestice. Animale precum vacile şi caprele au fost probabil printre primele domesticite, pentru a asigura provizii de carne, dar, în timp, oamenii şi-au dat seama că ele pot fi şi mulse.

Sîntem singurele mamifere care au lactoză în alimentaţie şi după vîrsta copilăriei. Majoritatea mamiferelor îşi pierd capacitatea de a produce lactază de la vîrstă fragedă, deoarece nu mai au nevoie de ea odată ce încetează să mai sugă.

În unele părţi ale lumii, cum este China, unde animalele domestice nu erau mulse, iar alimentaţia umană nu includea lactoza, pierderea capacităţii de a produce lactaza era normală. Acesta era modelul pentru toate fiinţele umane înainte de apariţia creşterii animalelor domestice, şi s-a păstrat în cea mai mare parte a Asiei, Africii, Europei de Sud şi (în epoca precolonială) în America de Nord şi de Sud.

În zonele unde oamenii au început să mulgă animalele, precum Orientul Mijlociu, majoritatea au observat că adulţii şi copiii de vîrste mai mari nu puteau bea laptele, pentru că le provoca diaree. Au descoperit că îl puteau mînca doar dacă îl făceau iaurt sau brînză. Însă unii şi-au dat seama că puteau bea laptele fără efecte neplăcute. Aceasta se datora unei mutaţii (o modificare aleatorie a genelor) care le permitea să producă lactază şi după vîrsta copilăriei. Mutaţia împiedica întreruperea producţiei de lactază.

Abilitatea de a bea lapte proaspăt constituia un avantaj atunci cînd mîncarea sau apa erau insuficiente, aşa că aceşti indivizi neobişnuiţi au lăsat în urmă mai mulţi descendenţi, iar gena mutantă pentru persistenţa de lactază s-a răspîndit.

Studiile genetice arată că mutaţia pentru persistenţa de lactază a apărut independent în cîteva populaţii diferite care se ocupau cu creşterea vitelor şi a caprelor. Persistenţa de lactază este comună la europenii din Nord, locuitorii Peninsulei Scandinave, la populaţia din Orientul Mijlociu şi Africa de Est, cum ar fi fulani, care se trag în totalitate din strămoşi consumatori de lapte. Locuitorii de origine nord-europeană care au populat America de Nord şi Australia au adus cu ei obiceiul de a bea lapte, de a creşte vite, precum şi genele persistenţei de lactază.

Cu toate acestea, nu este o diferenţă absolută între populaţii, deoarece chiar în rîndul celor de origine nord-europeană există indivizi (cam 6-10% din populaţie) care nu au gena persistenţei de lactază şi îşi pierd abilitatea de a produce lactază după ce sînt înţărcaţi. Aceştia încetează treptat să mai producă lactază pe măsură ce înaintează în vîrstă, chiar dacă vor continua să consume produse lactate.

Vîrsta la care dispare abilitatea de a produce lactază variază foarte mult de la un individ la altul. La unii indivizi de origine asiatică se poate manifesta foarte devreme, începînd de la doi ani. La alţii, procesul devine evident abia la vîrsta adultă. Abilitatea de a produce lactază poate să nu dispară complet, ci doar să se diminueze.

Diferite studii sugerează că, prin metode adecvate, persoanele cu deficienţă întîrziată de lactază se pot adapta la o alimentaţie occidentală bazată pe lactate (vezi p. 183).

Puteţi găsi această afecţiune sub denumirea de *alactazie adultă.* Termenii *alactazie primară* şi *deficienţă primară de lactază* sînt folosiţi şi pentru deficienţa congenitală de lactază, ceea ce poate duce la confuzii. Ambele probleme se moştenesc, dar nu se aseamănă.

Scanned with OKEN Scanner

Persoanele care şi-au pierdut doar parţial abilitatea de a produce lactază sînt numite uneori *incapabile de a digera lactoza* sau se spune că au *hipolactazie.*

Insuficienţa trecătoare de lactază

Mulţi dintre noi produc suficientă lactază în cea mai mare parte a timpului, dar uneori nu îndeajuns pentru a atinge nivelul de lactoză de la o anumită masă. În cazul sugarilor alăptaţi, se crede că unii dintre ei pot digera toată lactoza de la o masă obişnuită, dar pot fi copleşiţi de un alăptat mai abundent. Aceasta ar putea explica crizele de colici de seară, dacă lactoza rămasă de la o masă abundentă de dimineaţă este transformată în gaze la nivelul colonului (vezi capitolul 15).

Insuficienţa trecătoare de lactază poate fi destul de frecventă la adulţi: oamenii îşi dau probabil seama că nu le priesc anumite alimente, fără să realizeze că motivul este conţinutul ridicat de lactoză. Unii dintre cei care îşi pierd treptat abilitatea de a produce lactază, din cauza deficienţei întîrziate de lactază, pot suferi de crize repetate de insuficienţă de lactază, pe măsură ce se adaptează la un consum mai redus de lactoză.

Testele pentru deficienţa de lactază

Există diferite teste pentru depistarea deficienţei de lactază, pe care vi le poate recomanda medicul. Dacă un bebeluş are diaree la o vîrstă foarte fragedă, se poate recolta o mostră de scaun (fecale), care se va testa pentru conţinutul de lactoză. La bebeluşii sănătoşi nu se depistează deloc lactoză în scaun, deoarece este digerată şi absorbită în totalitate. Din nefericire, testul de rutină nu poate face distincţia între deficienţa congenitală de lactază şi cea secundară. Pentru aceasta este necesar un test genetic, pentru care se recoltează o mostră de sînge sau de salivă.

La copiii mai mari şi la adulţi, testele de scaun sînt mai puţin utile, deoarece bacteriile din colon descompun orice urmă de lactoză, care nu se va regăsi în fecale.

Testul de *hidrogen în respiraţie* este frecvent folosit. El se bazează pe faptul că, atunci cînd descompun lactoza, bacteriile din colon produc hidrogen. O mare parte din el este consumat de alte bacterii, dar o parte trece în fluxul sangvin şi este apoi expirat. Persoanei căreia i se face testul i se administrează o cantitate standard de lactoză dizolvată în apă şi i se măsoară mai tîrziu hidrogenul din respiraţie. Un nivel ridicat arată că lactoza nu este digerată în intestinul subţire şi ajunge la bacteriile din intestinul gros.

Este de reţinut că acest test, practicat la scară destul de largă, administrează o doză de 50 mg de lactoză, echivalentul unui litru de lapte băut pe stomacul gol, care ar depăşi capacitatea de a digera lactoza pe care o au multe persoane ce reuşesc, de altfel, să facă faţă cantităţilor de lactoză dintr-o alimentaţie obişnuită, răspîndite pe parcursul unei zile. De aceea, unii medici folosesc o cantitate redusă de lactoză (25 mg, de exemplu) cînd efectuează testul. Este recomandat să verificaţi ce cantitate de lactoză s-a folosit în cazul dumneavoastră, dacă vi se spune că sînteţi intolerant la lactoză în urma unui test de hidrogen în respiraţie.

Un alt tip de test măsoară nivelul glucozei din sînge după ce se bea o cantitate standard de lactoză. La persoanele care pot digera lactoza, nivelul glucozei creşte. Aceasta se întîmplă deoarece descompunerea lactozei produce glucoză, care este prompt absorbită în sînge. Dacă glucoza din sînge nu creşte foarte mult după consumul de lactoză, aceasta sugerează că nu aveţi suficientă enzimă lactază. Dar pot fi şi alte explicaţii, de aceea testul nu este concludent.

Scanned with OKEN Scanner

Persoanele care și-au pierdut doar parțial abilitatea de a produce lactază sînt numite uneori *incapabile de a digera lactoza* sau se spune că au *hipolactazie.*

Insuficiența trecătoare de lactază

Mulți dintre noi produc suficientă lactază în cea mai mare parte a timpului, dar uneori nu îndeajuns pentru a atinge nivelul de lactoză de la o anumită masă. În cazul sugarilor alăptați, se crede că unii dintre ei pot digera toată lactoza de la o masă obișnuită, dar pot fi copleșiți de un alăptat mai abundent. Aceasta ar putea explica crizele de colici de seară, dacă lactoza rămasă de la o masă abundentă de dimineață este transformată în gaze la nivelul colonului (vezi capitolul 15).

Insuficiența trecătoare de lactază poate fi destul de frecventă la adulți: oamenii își dau probabil seama că nu le priesc anumite alimente, fără să realizeze că motivul este conținutul ridicat de lactoză. Unii dintre cei care își pierd treptat abilitatea de a produce lactază, din cauza deficienței întîrziate de lactază, pot suferi de crize repetate de insuficiență de lactază, pe măsură ce se adaptează la un consum mai redus de lactoză.

Testele pentru deficiența de lactază

Există diferite teste pentru depistarea deficienței de lactază, pe care vi le poate recomanda medicul. Dacă un bebeluș are diaree la o vîrstă foarte fragedă, se poate recolta o mostră de scaun (fecale), care se va testa pentru conținutul de lactoză. La bebelușii sănătoși nu se depistează deloc lactoză în scaun, deoarece este digerată și absorbită în totalitate. Din nefericire, testul de rutină nu poate face distincția între deficiența congenitală de lactază și cea secundară. Pentru aceasta este necesar un test genetic, pentru care se recoltează o mostră de sînge sau de salivă.

La copiii mai mari și la adulți, testele de scaun sînt mai puțin utile, deoarece bacteriile din colon descompun orice urmă de lactoză, care nu se va regăsi în fecale.

Testul de *hidrogen în respirație* este frecvent folosit. El se bazează pe faptul că, atunci cînd descompun lactoza, bacteriile din colon produc hidrogen. O mare parte din el este consumat de alte bacterii, dar o parte trece în fluxul sangvin și este apoi expirat. Persoanei căreia i se face testul i se administrează o cantitate standard de lactoză dizolvată în apă și i se măsoară mai tîrziu hidrogenul din respirație. Un nivel ridicat arată că lactoza nu este digerată în intestinul subțire și ajunge la bacteriile din intestinul gros.

Este de reținut că acest test, practicat la scară destul de largă, administrează o doză de 50 mg de lactoză, echivalentul unui litru de lapte băut pe stomacul gol, care ar depăși capacitatea de a digera lactoza pe care o au multe persoane ce reușesc, de altfel, să facă față cantităților de lactoză dintr-o alimentație obișnuită, răspîndite pe parcursul unei zile. De aceea, unii medici folosesc o cantitate redusă de lactoză (25 mg, de exemplu) cînd efectuează testul. Este recomandat să verificați ce cantitate de lactoză s-a folosit în cazul dumneavoastră, dacă vi se spune că sînteți intolerant la lactoză în urma unui test de hidrogen în respirație.

Un alt tip de test măsoară nivelul glucozei din sînge după ce se bea o cantitate standard de lactoză. La persoanele care pot digera lactoza, nivelul glucozei crește. Aceasta se întîmplă deoarece descompunerea lactozei produce glucoză, care este prompt absorbită în sînge. Dacă glucoza din sînge nu crește foarte mult după consumul de lactoză, aceasta sugerează că nu aveți suficientă enzimă lactază. Dar pot fi și alte explicații, de aceea testul nu este concludent.

Scanned with OKEN Scanner

Al patrulea tip de test implică administrarea unei doze test de lactoză şi recoltarea, mai tîrziu, a unei mostre de urină. Unul dintre glucidele produse la descompunerea lactozei, galactoza, se absoarbe în sînge şi trece apoi în urină. Dacă lactoza nu este descompusă în intestinul subţire, atunci nivelul de galactoză din urină nu va creşte. Acest test pare a fi mai precis decît cel al hidrogenului din respiraţie sau al glucozei din sînge, dar se foloseşte doar în cercetare în momentul de faţă.

Al cincilea tip de test implică recoltarea unei mici mostre (biopsii) din mucoasa jejunului (un segment al intestinului subţire) şi testarea ei în laborator, pentru a se vedea dacă poate digera lactoza. În acelaşi timp, mostra se studiază pentru a se depista eventuale leziuni, ceea ce ar indica faptul că boala este cauzată de o deficienţă de lactază. Acolo unde nu există leziuni ale mucoasei intestinale, dar activitatea lactazei este redusă sau inexistentă, problema este diagnosticată fie ca deficienţă congenitală de lactază, fie ca deficienţă întîrziată de lactază. Este un test dificil şi costisitor, de aceea nu se foloseşte frecvent.

Sînt testele de încredere?

Pe scurt, nu în totalitate. Testul hidrogenului din respiraţie este destul de precis în a depista capacitatea copiilor de vîrste mici de a digera lactoza, dar nu este atît de concludent la adulţi, deoarece flora intestinală a unui adult cu deficienţă de lactază se poate adapta la un aport constant de lactoză, astfel încît să existe mai multe bacterii care procesează lactoza în diferite moduri, producînd mai puţin hidrogen. În plus, oricine, din orice categorie de vîrstă, care a urmat recent un tratament cu antibiotice poate testa negativ fals la testul hidrogenului din respiraţie, deoarece bacteriile producătoare de hidrogen s-au împuţinat drastic. Un acces de diaree severă are acelaşi efect.

Testul glucozei nu funcţionează bine la toată lumea – nu le este de nici un folos diabeticilor, de exemplu. Folosirea testului este în descreştere, el fiind imprecis de cele mai multe ori. Biopsia furnizează un rezultat mai bine definit, dar este rareori utilizată, din cauza costurilor mari.

Chiar şi în cazurile în care testul depistează cu acurateţe nivelul deficienţei de lactază, nu prezice neapărat şi simptomele. Relaţia dintre capacitatea de a digera lactoza şi manifestarea simptomelor de intoleranţă la lactoză nu este întotdeauna bine determinată. Un studiu efectuat în Nashville, Tennessee, pe un grup de 164 de oameni care se credeau intoleranţi la lactoză a aplicat un test al hidrogenului din respiraţie, apoi indivizii au fost întrebaţi ce simptome au avut ca reacţie la doza de lactoză administrată.

Mai bine de trei sferturi au avut rezultate la test în concordanţă cu simptomele raportate. Jumătate au avut rezultate pozitive şi au suferit simptome. În mod clar, aveau intoleranţă la lactoză. Peste un sfert dintre ei au avut rezultate negative la test şi nu au suferit nici un fel de simptome, dovedindu-se astfel că nu aveau deloc intoleranţă la lactoză. Toate bune, pînă aici.

Un procent de 15% din grup a avut rezultat negativ la testul hidrogenului din respiraţie, dar a raportat simptome. Unii dintre ei ar fi putut avea o reacţie pur psihologică la lapte, în timp ce alţii, o sensibilitate la proteinele din lapte.

Cel mai interesant a fost ultimul grup, restul de 8%. Au avut rezultate pozitive la testul hidrogenului din respiraţie, dar nu au raportat simptome. Cercetătorii au sugerat că organismul lor s-a adaptat cumva la efectele deficienţei de lactază, astfel încît să nu mai reacţioneze prin diaree. Mai multe detalii despre aceste cazuri găsiţi la p. 183.

Scanned with OKEN Scanner

Testarea pentru intoleranță la lactoză la domiciliu

Cea mai comună cale de a testa intoleranța la lactoză este cea mai pragmatică: se elimină lactoza din alimentație și se observă dacă dispar simptomele. Pentru a fi siguri că este vorba de o reacție la lactoză, și nu la proteinele din lapte, trebuie să testați și efectele eliminării acestora din alimentație. Este posibil să reacționați și la lactoză, și la proteinele din lapte. Următoarea succesiune de teste dietetice acoperă toate opțiunile testării adulților și copiilor (puteți testa și un bebeluș, cu acordul medicului – vezi p. 304):

- O dietă care să nu conțină nici lactoză, nici proteine din lapte de vacă. Nu sînt permise nici un fel de produse lactate, nici alte alimente sau medicamente care să aibă ca ingrediente lactoză sau proteine din lapte (vezi Tabelul 1). Dacă simptomele dispar în urma acestei diete, continuați cu:
- O dietă cu un conținut redus de lactoză, inclusiv proteine din lapte de vacă. Anumite soiuri de brînză (Cheddar, Swiss, Brie și altele cu conținut scăzut de lactoză, vezi Tabelul 1) sînt permise. La fel untul și laptele fără lactoză. Alte produse lactate și alimente preambalate care conțin lapte (vezi anexa 1 pentru sinonime) trebuie evitate, la fel și alimentele sau medicamentele care conțin lactoză ori zer ca ingrediente. Dacă vă simțiți în continuare bine în timpul acestei diete, este clar că lactoza este problema, și nu proteinele din laptele de vacă. (Experimentați mărind treptat aportul de lactoză, pentru a vedea în ce cantitate o puteți tolera.) Dacă simptomele reapar la Dieta 2, reveniți la Dieta 1. Rămîneți la prima timp de cîteva zile, pînă vă reveniți complet, apoi încercați:
- O dietă care conține lactoză, dar nu și proteine din lapte de vacă, adică fără produse lactate obișnuite de nici un fel și fără alimente preambalate care conțin ingrediente pe bază de lapte. Sînt permise laptele de oaie și de capră, precum și brînzeturile preparate din ele. Dacă vă simțiți bine în urma acestei diete, înseamnă că tolerați lactoza, dar aveți o problemă cu proteinele din laptele de vacă.

Observați că a treia dietă nu oferă un răspuns foarte categoric, deoarece unele persoane care reacționează la proteinele din laptele de vacă reacționează și la cele din laptele de oaie sau de capră. Așadar, dacă simptomele revin în Dieta 3, ar putea însemna că aveți o problemă cu lactoza sau cu proteinele din orice fel de lapte (de vacă, de oaie sau de capră). În termeni practici, cu privire la ceea ce puteți mînca pe viitor, nu prea contează care dintre variante este cea adevărată, deoarece restricțiile alimentare vor fi în mare măsură aceleași. Dacă evitați toate soiurile de lapte de origine animală, aportul de lactoză va fi minim, cu condiția să nu luați multe medicamente care să conțină lactoză ca excipient.

Dacă sînteți sensibili *și* la proteinele din lapte de vacă, *și* la lactoză, atunci vă veți simți mai bine cu Dieta 1 și veți suferi o recidivă la Dietele 2 și 3. Aceasta înseamnă că trebuie să evitați proteinele din lapte de vacă. Dar intoleranța dumneavoastră la lactoză ar putea fi secundară, ceea ce înseamnă că veți putea tolera lactoza din nou, de îndată ce încetează diareea. Astfel, puteți experimenta cu laptele de capră și de oaie sau cu unul dintre soiurile mai rare de lapte care sînt acum disponibile (laptele de bivoliță sau de iapă, de exemplu).

Reacțiile psihologice la lapte

Studiul din Nashville descris mai sus a dus la o descoperire deosebit de interesantă. Cercetătorii au ales 45 de pacienți care au avut rezultate pozitive la testul hidrogenului din respirație și au suferit și simptome în timpul testării. Acești oameni au fost apoi testați în

Scanned with OKEN Scanner

mod repetat cu două tipuri diferite de lapte. Unul era lapte obişnuit, cu conţinut normal de lactoză, iar celălalt fusese tratat astfel încît să conţină foarte puţină lactoză. Cercetătorii au adăugat un pic de îndulcitor la laptele obişnuit, astfel încît cele două tipuri de lapte să nu poată fi deosebite. Dar pacienţii ştiau că unele teste urmau să folosească lapte cu un conţinut redus de lactoză.

Două treimi din pacienţi au avut simptome doar cînd au băut laptele cu lactoză. Ceilalţi au avut simptome la laptele obişnuit, dar au raportat uneori simptome şi cînd au băut laptele cu conţinut redus de lactoză. Pare a fi clar că, din cauza reacţiilor neplăcute la lapte pe care le avuseseră în trecut, ei aveau acum o reacţie psihologică la lapte. Dacă testaţi intoleranţa la lactoză acasă, trebuie să aveţi în vedere că este posibil şi acest tip de reacţie. Puteţi ruga un prieten să vă ajute la organizarea unui test asemănător – nu este foarte greu. Recipientele cu diferitele tipuri de lapte trebuie etichetate cu numere de cod şi abia după ce aţi terminat testarea (şi aţi notat reacţiile la fiecare recipient) veţi afla corespondenţa dintre coduri şi tipurile de lapte.

Tratamentul

Există trei metode de tratament: evitarea lactozei, utilizarea unui *înlocuitor de lactază* pentru a digera o parte sau toată lactoza din alimentaţie sau – pentru adulţi – încercarea de a spori toleranţa la lactoză.

Tratarea intoleranței la lactoză la bebeluşi

Orice tip de testare, tratament sau modificare a alimentaţiei la un bebeluş trebuie întotdeauna discutat cu medicul şi aplicat doar cu acordul său total. Bebeluşii sînt foarte vulnerabili, iar o dietă inadecvată le-ar putea cauza probleme grave de sănătate, fie imediat, fie pe termen lung.

Tratarea deficienței congenitale de lactază la bebeluşi

Este necesară o formulă specială, fără lactoză, pentru bebeluşii cu această problemă. Trebuie trecuţi la această formulă cît de repede posibil, deoarece diareea severă prezintă riscuri de deshidratare severă, care poate fi fatală. Dacă bebeluşul dumneavoastră are deficienţă congenitală de lactază, trebuie să urmaţi îndeaproape indicaţiile medicului sau ale nutriţionistului.

Din cîte ştim, nimeni nu a încercat să hrănească aceşti bebeluşi cu lapte matern tratat cu lactază, fie ca aliment unic, fie în combinaţie cu formula fără lactoză. Teoretic este posibil, dar orice încercare de punere în practică va necesita o supraveghere medicală.

Deficiența secundară de lactază: tratamentul la bebeluşii hrăniți cu biberonul

Reducerea aportului de lactoză este relativ uşoară dacă vă hrăniţi bebeluşul cu biberonul. Rugaţi medicul, asistentul care vine la domiciliu sau farmacistul să vă recomande o formulă cu un conţinut scăzut de lactoză. Sînt disponibile mai multe mărci de astfel de lapte. Unele au caracteristici suplimentare, cum ar fi proteinele hidrolizate (vezi p. 324).

Scanned with OKEN Scanner

Mai tîrziu, cînd doriți să-l înțărcați, va fi important să știți dacă bebelușul poate digera o anumită cantitate de lactoză, deoarece alimentația lui va conține un anumit aport, oricît de multă grijă veți avea să evitați lactoza. Un copil care nu poate digera deloc lactoza va trebui să facă față unei diete foarte restrictive din punct de vedere social. Reintroduceți treptat formula cu lactoză în alimentație pentru a-i da bebelușului șansa să țină pasul cu producția de lactază. Puteți face aceasta amestecînd formula obișnuită cu cea cu un conținut scăzut de lactoză, într-un raport de unu la zece, apoi crescîndu-l pînă la doi la zece după 3-4 zile și așa mai departe, pînă ajungeți să hrăniți copilul doar cu formula obișnuită. Opriți-vă dacă simptomele revin și întoarceți-vă la amestecul anterior – ultimul care a fost tolerat. Apoi încercați din nou să creșteți conținutul de lactoză, într-un ritm și mai lent.

Deficiența secundară de lactază: tratamentul la bebelușii alăptați

Dacă vă alăptați bebelușul, reducerea aportului de lactoză este mai dificilă, dar nu imposibilă. Deoarece alăptatul este atît de valoros din multe alte puncte de vedere, ar trebui să încercați asta, în loc să treceți la hrănirea cu biberonul și la o formulă cu un conținut redus de lactoză, oricît de tentantă ar părea această opțiune. O metodă care a fost testată în cadrul unor experimente științifice și care s-a dovedit că funcționează este să se stoarcă laptele matern (într-un recipient steril, desigur), la care să se adauge enzima lactază (înlocuitor de lactază, vezi pp. 182-183) și să se lase la frigider între 4 și 24 de ore. Apoi se hrănește bebelușul cu acest amestec, fie cu biberonul, fie cu o ceșcuță (vezi p. 180). Laptele matern va fi sigur dacă este tratat în acest fel, deoarece are proprietăți antiinfecțioase naturale. Trebuie să obțineți acordul medicului înainte de a încerca asta.

O altă metodă care a fost testată în cadrul unor studii de cercetare și s-a dovedit a funcționa este să se stoarcă o cantitate mică de lapte inițial (cam o lingură sau 15 ml) înainte de alăptare, la care se adaugă patru picături de enzimă și se lasă la temperatura camerei în timp ce alăptați. Dați-i bebelușului laptele tratat cu lactază la sfîrșitul alăptării, cu linguriță. Deși prin această metodă nu se va digera la fel de multă lactoză ca prin cea anterioară, se va crește semnificativ nivelul, ceea ce ar putea să fie suficient pentru bebelușul dumneavoastră.

Cercetările au arătat că picăturile de enzimă administrate direct în gura bebelușului în timp ce este hrănit nu sînt eficiente. Nu funcționează nici amestecarea enzimei cu laptele muls și administrarea imediată: trebuie să stea puțin.

Deficiența secundară de lactază este temporară, iar odată ce bebelușul își revine din problema care i-a cauzat inițial diareea, puteți crește treptat aportul de lactoză pe care îl administrați.

Laptele matern inițial și cel final

Veți găsi o mare varietate de răspunsuri la întrebarea dacă laptele matern inițial conține mai multă lactoză decît cel final. Unele site-uri despre alăptat susțin cu tărie că da, în timp ce altele susțin opusul cu aceeași convingere! Conform Dr. Timo Saarela de la Universitatea Oulu din Finlanda, care este expert în acest domeniu, nivelul de lactoză din laptele matern inițial și din cel final (cantitatea pe o unitate de volum – în 5 ml sau o linguriță, de exemplu) este același. Rămîne același cel puțin în primele șase luni de alăptare. Iar aceasta este valabil și pentru copiii născuți la termen, și pentru cei prematuri.

Cu toate acestea, dacă se măsoară conținutul de lactoză ca un procent din valoarea calorică a laptelui, atunci nivelul este mai redus în laptele matern final. Aceasta se întîmplă din cauză că laptele final are mai multe calorii (datorită conținutului mai mare de grăsimi).

Scanned with OKEN Scanner

Tratarea insuficienţei trecătoare de lactază la bebeluşi

Un bebeluş al cărui organism nu produce destulă lactază pentru o porţie suficientă de lapte se poate mulţumi cu mai multe porţii mai mici. Această problemă poate fi rezolvată hrănindu-l cu porţii mai mici şi la intervale mai dese pe parcursul zilei.

Dacă alăptaţi şi trebuie să vă lăsaţi copilul în grija altcuiva, acest lucru este mai dificil. O soluţie ar fi să stoarceţi nişte lapte şi să-l lăsaţi persoanei care are grijă de copil în absenţa dumneavoastră pentru a-l da copilului cînd acestuia i se face foame. (Hrănirea cu înghiţituri mici dintr-o ceşcuţă poate fi chiar o idee bună în aceste circumstanţe – sau în orice situaţie în care copilul alternează alăptarea directă cu laptele stors. Sugerea sfîrcului de cauciuc al biberonului poate duce uneori la dificultăţi de adaptare la sfîrcul real mai tîrziu. Asistentul maternal vă poate arăta cum să vă hrăniţi bebeluşul dintr-o ceaşcă dacă nu ştiţi sigur cum se face.)

Pentru un bebeluş care pare să reacţioneze la lactoză în timpul hrănirii dimineaţa devreme, cînd porţia este mai mare, găsiţi sugestii suplimentare la p. 304.

Tratarea intoleranţei la lactoză la copii şi adulţi

Evitarea lactozei

Nimeni, nici măcar indivizii cu deficienţă congenitală de lactază (lipsa totală şi permanentă de lactază), nu are nevoie să evite scrupulos orice urmă de lactoză : siuaţia nu se compară cu boala celiacă sau alergia alimentară de tip IgE, în care cea mai mică cantitate de aliment poate face rău. Trebuie doar să reduceţi consumul de lactoză pînă ajungeţi la un nivel în care nu mai manifestaţi simptome. Alimentele care trebuie evitate sînt date în Tabelul 1.

În cazul deficienţei secundare de lactază, trebuie să coborîţi nivelul de lactoză din alimentaţie pînă la o valoare foarte joasă, apoi, după ce problema de bază este rezolvată şi reveniţi la normal, creşteţi treptat nivelul pe parcursul următoarelor cîteva săptămîni.

Oricine suferă de insuficienţă trecătoare de lactază trebuie, pur şi simplu, să evite consumul unor cantităţi mari de lactoză deodată, ceea ce presupune consumul doar în cantităţi mici din orice aliment bogat în lactoză şi în cantităţi moderate din alte alimente ce conţin lactoză. Împărţirea aportului total de lactoză pe parcursul mai multor mese şi evaluarea conţinutului total de lactoză al fiecărei mese vor fi de mare ajutor.

Nu uitaţi că grăsimile din alimente încetinesc viteza cu care acestea părăsesc stomacul şi îşi încep călătoria prin intestine. La fel, o masă copioasă nu trece prin intestine la fel de repede ca o gustare. Aşadar, modul în care consumaţi lactoza este la fel de important ca şi cantitatea. Un pahar de lapte băut pe stomacul gol poate produce simptome, pe cînd aceeaşi cantitate de lactoză, conţinută în sosul alb de la prînz sau cină, nu va avea acelaşi efect, deoarece lactoza este prezentată treptat enzimelor lactaze din intestin.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1. *Alimente care conțin lactoză*

Conținut foarte ridicat de lactoză:
- laptele condensat și evaporat, dacă nu este diluat;
- brînzeturile făcute din zer, cum ar fi Brunøst, Mysøst sau Gjetøst (brînza cafenie norvegiană);
- unele mărci de alune, stafide, batoane de muesli cu „înveliș de iaurt"; lactoza pură poate fi unul dintre ingredientele principale ale glazurii (verificați eticheta);
- laptele matern și formula standard de lapte praf pentru bebeluși;
- unele suplimente energetice folosite de sportivi;
- unele iaurturi (dar conținutul de lactoză s-ar putea să nu aibă prea multă importanță – vezi p. 182).

Conținut ridicat de lactoză:
- laptele de vacă de orice fel; cel degresat are mai multă decît cel integral;
- orice alt lapte de origine animală (laptele de capră este un pic mai sărac în lactoză decît cel de vacă);
- laptele bătut;
- urda și brînza Ricotta;
- brînza topită;
- unele tipuri de brînză de vaci;
- înghețata;
- multe tipuri de iaurt (dar vezi și p. 182);
- sosul alb;
- crema de zahăr ars;
- orezul cu lapte și alte budinci pe bază de lapte și ouă;
- milkshake-urile;
- supele pe bază de lapte (de exemplu, supa de praz și cartofi).

Conținut moderat de lactoză:
- crema de brînză, unele tipuri de brînză de vaci;
- smîntîna dulce, crème fraîche, fromage frais;
- unele iaurturi (dar vezi și p. 182);
- fudge, bomboane de zahăr ars și lapte, toffee;
- numeroase medicamete sub formă de capsule sau tablete, deoarece lactoza este folosită ca excipient (ar trebui listată la „ingredientele inactive" – dacă aveți îndoieli, întrebați farmacistul, care vă poate recomanda și alternative fără lactoză);
- unele inhalatoare pentru astm pe bază de pudră uscată;
- unii îndulcitori (de exemplu, Sweet'n'Low, tablete de Canderel);
- unele alune prăjite, a căror glazură conține lactoză.

Conținut scăzut de lactoză:
- smîntîna;
- brînza elvețiană cum ar fi emmental și jarlsberg, cheddar și alte brînzeturi englezești, brie, camembert, mozzarella, parmezan și majoritatea brînzeturilor maturate;
- untul și toate alimentele care conțin unt (de exemplu, produsele de patiserie, prăjiturile și biscuiții făcuți în casă);
- laptele praf pentru cafea (înlocuitorul de lapte) – unele mărci conțin lactoză.

Note:

Alimentele preambalate cu lactoză, zer sau lapte praf listate ca ingrediente pot avea un conținut fie moderat, fie scăzut de lactoză, depinde dacă este vorba de un ingredient major sau minor. Verificați etichetele pentru a vedea dacă laptele este un ingredient.

Scanned with OKEN Scanner

Produsele de patiserie şi delicatesele, care se vînd fără etichete, pot conţine lapte sau lactoză pe post de aditiv alimentar. Unele sortimente de pîine albă de la brutării conţin lapte, aşadar o cantitate mică de lactoză, la fel ca numeroase produse de patiserie.
Carnea din conserve, alte sortimente de carne procesată, pateurile şi cîrnaţii pot conţine lactoză (produsele cuşer totuşi nu au deloc lactoză).
Iaurtul are o cantitate variabilă de lactoză, iar efectul lactozei este modificat de bacteriile pe care le conţine (vezi mai jos).
Conţinutul de lactoză din brînză poate fi evaluat dacă vă uitaţi la tabelul de informaţii nutriţionale. Verificaţi nivelul glucidelor: ele sînt alcătuite în totalitate din lactoză.
Înlocuitorii fără lactoză ai produselor lactate includ laptele de soia, iaurtul de soia, laptele de orez, laptele de ovăz, laptele de migdale şi de arahide. Se găseşte destul de uşor şi lapte de vacă cu un conţinut redus de lactoză; lactoza este redusă prin tratarea cu enzima lactază.

Iaurtul ca parte a dietei cu restricţie de lactoză

Există diferite tipuri de evaluare a conţinutului de lactoză din iaurt. În cazul iaurtului neîndulcit, citiţi tabelul cu informaţii nutriţionale pentru a vedea cantitatea de glucide – aceasta va fi, de fapt, cantitatea de lactoză. În general, iaurtul cu un conţinut ridicat de grăsime, cum ar fi iaurtul grecesc, conţine mai puţină lactoză.

În cazul iaurtului de casă, cu cît este mai acid, cu atît conţinutul de lactoză este mai scăzut, deoarece bacteriile care fac iaurtul transformă lactoza în acid. (Dacă lăsaţi iaurtul să fermenteze mai mult, vă asiguraţi că cea mai mare parte din lactoză a fost înlăturată.) Această regulă nu este valabilă şi în cazul iaurturilor din comerţ, din păcate, deoarece multe dintre ele conţin şi substanţe solide din lapte – care conţin lactoză – adăugate după procesul de fermentare.

Cu toate acestea, conţinutul de lactoză este doar o parte din evaluarea iaurtului. Bacteriile din iaurtul finit conţin propria lactază, care, din cauză că se află în interiorul celulelor bacteriilor, este protejată de acizii din stomac. Cea mai mare parte din această enzimă trece neafectată prin stomac şi ajunge în intestinul subţire. Odată ajunsă acolo, îndeplineşte aceeaşi funcţie ca lactaza produsă de organism: descompune restul de lactoză din iaurt şi din alte alimente pe care le-aţi consumat. Datorită acestor enzime bacteriale, iaurtul are beneficii enorme pentru persoanele cu deficienţă de lactază. Deşi iaurtul proaspăt este cel mai indicat, orice tip de iaurt va fi bun.

Folosirea înlocuitorilor de lactază

Puteţi cumpăra enzimă de lactază (*înlocuitor de lactază*) în diferite forme: lichid, capsule sau tablete masticabile. Tabletele şi capsulele se iau cu prima înghiţitură de mîncare. (Dacă le luaţi înainte de masă, vor fi dezactivate de acizii din stomac.) Lichidul poate fi luat cu mîncarea în acelaşi fel sau se poate amesteca în lapte şi păstra la frigider, astfel încît enzima să poată descompune lactoza din lapte înainte să-l beţi sau să-l folosiţi la gătit. De fapt, adăugarea prealabilă de enzimă în lapte este cel mai indicat mod de folosire, deoarece enzima are parte de cele mai bune condiţii de a funcţiona, fără a fi afectată de acizii din stomac. Dar, dacă încercaţi să faceţi economie de enzimă şi folosiţi doar cîteva picături la o sticlă de lapte, procesul va dura cîteva ore.

Cu cît lăsaţi laptele să stea mai mult, cu atît mai puţină lactoză va avea. După patru ore, lactoza va fi semnificativ redusă, iar după 24 de ore va mai rămîne doar foarte puţină. Experimentaţi cu diferite intervale de timp, pentru a vedea care funcţionează cel mai bine

Scanned with OKEN Scanner

în cazul dumneavoastră. Dacă doriți să accelerați procesul, puteți adăuga mai multe picături de enzimă la început: cu cît este mai multă enzimă, cu atît mai repede este descompusă lactoza. Enzimele își fac efectul mai repede la căldură, deci dacă lăsați laptele la temperatura camerei, procesul se va accelera, dar trebuie să folosiți apoi laptele imediat, ca să nu se altereze. Trebuie să rețineți că temperaturile înalte vor dezactiva permanent enzimele, deci nu încălziți laptele în care ați adăugat enzime. Laptele tratat cu lactază va fi puțin mai dulce decît laptele obișnuit, deoarece descompunerea lactozei produce glucoză.

Întrucît lactaza nu funcționează bine în mediu acid, s-ar putea să nu reducă semnificativ nivelul lactozei din iaurt. Cu toate acestea, lactoza nu vă va afecta, mai ales dacă este vorba de iaurt proaspăt (vezi mai sus).

Enzima de lactază din aceste produse se fabrică dintr-o drojdie sau o ciupercă și nu este exact la fel ca lactaza umană, deși funcționează la fel de bine. Din moment ce este o proteină provenită din afara organismului, este capabilă, teoretic, să declanșeze o reacție alergică IgE la persoanele predispuse la alergii. (Cu alte cuvinte, poate provoca o alergie în același mod ca proteinele din alimente.) Există doar un caz înregistrat de o astfel de reacție alergică, în ciuda folosirii la scară largă a acestei enzime, deci riscul este mic – cu toate că mai pot exista și alte cazuri, neraportate. Dacă manifestați orice simptom asemănător unei alergii alimentare, cum ar fi furnicături sau mîncărimi ale cavității bucale sau urticarie răspîndită, solicitați ajutor medical. Chiar dacă simptomele nu sînt grave, este bine să întrerupeți folosirea enzimei. S-ar putea să toleraţi o altă marcă de enzimă, dar încercați asta cu foarte mare grijă și doar cu acordul medicului (puteți solicita un test cutanat cu noua marcă de enzimă pe care doriți să o încercați).

Creșterea toleranței la lactoză

În cazul deficienței secundare de lactază, producția de lactază a organismului va crește automat, în timp.

Pentru persoanele cu deficiență întîrziată de lactază, inclusiv cele de origine asiatică, africană sau mediteraneeană, adaptarea la o dietă care să conțină lactoză este posibilă. Nivelul de lactoză în alimentație trebuie crescut treptat, prin consumul de cantități mici de produse lactate precum brînza și iaurtul la început, fără a se bea deloc lapte pînă mai tîrziu, cînd procesul este deja în desfășurare.

În cadrul unui studiu științific, un grup de 25 de americani de origine africană cu intoleranță la lactoză (dovedită de simptome și prin testul hidrogenului din respirație) a primit cantități din ce în ce mai mari de lactoză într-un interval de 6-12 săptămîni. Subiecții și-au ales fiecare ritmul propriu, menținînd fiecare doză de lactoză timp de patru zile sau pînă cînd încetau simptomele, trecînd apoi la doza următoare. Doza de lactoză era mărită cu 1 mg la fiecare pas – aproximativ patru linguriţe de lapte. Dacă, atunci cînd treceau la pasul următor, simptomele erau mai pronunțate, pacienții se întorceau la doza anterioară, pe care o menţineau cîteva zile, pînă încercau din nou să meargă mai departe. Cu ajutorul acestei metode, 77% dintre subiecți au reușit să tolereze cantități moderate de lactoză: peste 12 mg pe zi.

Într-un alt studiu din SUA, un grup de persoane care se considerau intolerante la lactoză, dar cărora li s-au administrat doze crescătoare de lactoză, au reușit, la finalul experimentului, să tolereze 40-70 mg de lactoză pe zi. Aceasta este o doză destul de mare – cantitatea pe care majoritatea oamenilor o consumă într-o zi. Cercetătorii au ținut să sublinieze că doza a fost împărțită pe tot parcursul zilei și administrată odată cu mesele, ceea ce îi încetinește trecerea în intestinul subțire.

Rezultate similare s-au obținut la subiecți japonezi, pentru care deficiența întîrziată de lactază este normală. Crescînd treptat aportul de lactoză, ei se pot adapta la dieta occidentală dacă doresc.

Scanned with OKEN Scanner

Cum funcţionează adaptarea la lactoză? Este greu de explicat cu exactitate. Majoritatea experţilor consideră că este puţin probabil să reînceapă producţia de lactază. Se crede că mai degrabă permite sistemului digestiv şi florei intestinale să facă modificările necesare pentru a face faţă lactozei ajunse în colon. De exemplu, compoziţia florei intestinale se poate schimba, bacteriile care procesează lactoza în alte moduri (fără a produce hidrogen şi a cauza probleme) devenind mai numeroase. Colonul se poate şi el adapta, devenind mai puţin sensibil la deşeurile rezultate în urma consumului de lactoză de către bacterii.

Nu uitaţi că, dacă urmaţi acest proces, nu puteţi niciodată consuma lactoză în cantităţi mari deodată. La fel, pentru a vă menţine toleranţa, trebuie să vă păstraţi aportul de lactoză la un nivel moderat şi constant, adică să consumaţi lactoză aproape în fiecare zi. Un interval de 48 de ore între aporturile de lactoză poate fi suficient pentru a vă pierde adaptarea şi va trebui să treceţi apoi din nou prin acelaşi proces.

Sînt probioticele un tratament util pentru intoleranţa la lactoză?

Problema care stă la baza deficienţei de lactază începe în intestinul *subţire*, unde lactoza ar trebui să fie descompusă în două componente de către lactază (vezi p. 171). Dar simptomele intoleranţei la lactoză apar în intestinul *gros* (colon), unde trăieşte cea mai mare parte a florei intestinale, deoarece bacteriile se hrănesc cu lactoza nedigerată ajunsă aici.

Probioticele sînt, conform definiţiei pe care o folosim noi, bacterii administrate ca tratament şi care pot supravieţui călătoriei prin stomac şi intestinul subţire, ajungînd în colon, unde devin o parte a florei intestinale, cel puţin temporar. Deşi s-au încercat probioticele pentru tratarea intoleranţei la lactoză, ele au doar un impact limitat. Consumul de iaurt viu (cu fermenţi), care aduce un aport suplimentar de lactază şi contribuie astfel la digestia lactozei în intestinul subţire (vezi p. 182), este un tratament mult mai eficient decît orice probiotic studiat pînă acum. (Iaurtul viu nu se încadrează în definiţia probioticului deoarece bacteriile nu ajung vii în colon şi nu se pot instala acolo.)

Nu uitaţi că vă puteţi influenţa semnificativ flora intestinală consumînd doze crescătoare de lactoză (vezi p. 183). Aceasta va încuraja înmulţirea acelor bacterii din floră care vă permit să toleraţi lactoza. Nu aveţi nevoie de un probiotic sau de alt tratament costisitor pentru a ajunge la acest rezultat – o puteţi face singur.

Credeţi că aveţi intoleranţă la lactoză?

Cum s-a menţionat la p. 176, testele medicale standard pentru depistarea intoleranţei la lactoză nu sînt foarte precise. Cercetătorii de la Universitatea din Helsinki interesaţi de acest subiect au studiat intoleranţa la lactoză folosind trei teste diferite de diagnosticare (testul hidrogenului din respiraţie, testul glucozei din sînge şi cel al galactozei din urină), comparînd rezultatele pentru a le maximiza acurateţea.

Prin această abordare mai riguroasă, ei au studiat indivizi sănătoşi care credeau că pot digera lactoza, indivizi care suspectau că au intoleranţă la lactoză, dar nu fuseseră niciodată testaţi, şi pacienţi diagnosticaţi cu intoleranţă la lactoză printr-un test medical.

S-a folosit o doză de 50 mg de lactoză – o cantitate destul de mare (vezi p. 175). În ciuda acestui fapt, doar 25% dintre cei care credeau că nu pot digera lactoza, dar nu fuseseră testaţi niciodată, erau într-adevăr intoleranţi la lactoză. (Şi 25% dintre cei care credeau că *pot* digera lactoza erau, de asemenea, intoleranţi la lactoză, conform testelor.)

Cel mai notabil însă a fost rezultatul celor care au ieşit „pozitivi". Doar jumătate dintre ei erau cu adevărat incapabili să digere lactoza.

Scanned with OKEN Scanner

Aceiaşi cercetători i-au supus apoi pe aceşti indivizi la teste cu doze relativ mari de sucroză (zahăr alimentar), lactuloză (un zahar complet nedigerabil folosit în cercetare) şi fructooligozaharide sau FOS (un tip de fibră). Testele au arătat că persoanele care se credeau intolerante la lactoză (dar nu erau) au manifestat simptome precum dureri, balonări şi gaze după administrarea de lactuloză şi FOS – deşi se pare că nu au produs mai mult hidrogen.

Cercetătorii au presupus că persoanele care se credeau intolerante aveau, de fapt, probleme cu diferite reziduuri nedigerabile din alimente, care ajungeau în colon. S-ar putea ca acestea, şi nu lactoza să fi provocat simptomele. În astfel de cazuri, merită încercată o dietă cu nivel scăzut de fermentație (vezi p. 252), care ar putea fi de ajutor.

Un alt aspect interesant a reieşit din acest studiu. Persoanele intolerante la lactoză au avut mai multe simptome precum durerile şi gazele după administrarea de lactuloză şi FOS. Chiar au produs mai mult hidrogen după doza de lactuloză. Cîțiva dintre ei au avut simptome şi la doza de zahăr obişnuit (sucroză). Nu este clar de ce au reacționat aşa. Este posibil ca problemele lor mai vechi cu lactoza să fi dus la modificări ale florei intestinale, ceea ce i-a făcut mai predispuşi la probleme cu alte substanțe nedigerabile, precum FOS, care ajung în colon. Aceasta ar însemna că o dietă obişnuită, cu un aport normal de fibre, le-ar putea provoca unele simptome digestive.

Din punct de vedere practic, dacă aveți clar intoleranță la lactoză, dar evitarea lactozei nu vă înlătură toate simptomele, ceea ce vă incomodează, atunci puteți încerca o dietă cu nivel scăzut de fermentație (vezi p. 252), pentru a rezolva unele probleme ale florei intestinale.

Cercetările au mai arătat că destul de mulți pacienți cu SCI pot avea rezultate pozitive la testul hidrogenului din respirație, dar numai o treime dintre ei se simt mai bine dacă evită lactoza. Posibilele motive sînt prezentate în capitolul 12.

Pacienții cu SIBO (suprapopulare bacteriană a intestinului subțire) au tendința de a avea rezultate pozitive false la testarea hidrogenului din respirație pentru depistarea intoleranței la lactoză (vezi p. 247). Odată tratată suprapopularea bacteriană, rezultatele testului vor reflecta abilitatea lor reală de a digera lactoza.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 10

Fructoza, sucroza, sorbitolul şi xilitolul

Acest capitol se ocupă de diferite afecţiuni datorate (întocmai intoleranţei la lactoză) unei insuficienţe de enzime digestive care descompun glucidele. De asemenea, analizează problemele legate de absorbţia sau procesarea glucidelor. Unele dintre ele se datorează unor dificultăţi de absorbţie la nivelul intestinelor, iar altele unor deficienţe de enzime care afectează procesarea glucidelor după ce au fost absorbite (*dereglări metabolice*).

Există multe alte dereglări metabolice ereditare, majoritatea deosebit de rare, care necesită diete specializate şi instrucţiuni detaliate din partea unui nutriţionist. Ele nu fac însă subiectul acestei cărţi.

În cele din urmă, capitolul de faţă analizează problema des întîlnită numită hipoglicemie sau „nivel redus al zahărului din sînge".

Intoleranța la fructoză

Fructoza se găseşte în fructe, miere, băuturi răcoritoare şi numeroase alimente procesate. Există mai multe subiecte în cadrul acestei teme, pe care le vom discuta în parte.

Malabsorbția fructozei

Fructoza este un zahar simplu (o monozaharidă – vezi pp. 45-46) care poate fi absorbit din tractul digestiv ca atare, fără să fie mai întîi descompus în două, precum sucroza sau lactoza. Totul este simplu pînă aici, dar absorbţia fructozei este complicată şi nu funcţionează întotdeauna cum trebuie.

La fel ca alte substanţe nutritive, fructoza trebuie absorbită activ din tractul digestiv – cu alte cuvinte, extrasă de celulele din mucoasa intestinală şi împinsă în fluxul sangvin. Există două rute diferite prin care se poate realiza absorbţia activă: una este foarte eficientă, în timp ce cealaltă este mai lentă şi uşor dereglată dacă se depăşeşte cantitatea de fructoză. Ruta lentă funcţionează tot timpul. Cea eficientă este activată atunci cînd în tractul digestiv se mai află şi glucoză care trebuie absorbită.

Sucroza – zahărul pe care îl punem în cafea sau ceai – este alcătuită dintr-o moleculă de fructoză şi una de glucoză, unite. Cînd sucroza este descompusă, rezultă cantităţi egale de glucoză şi fructoză ce trebuie absorbite. Datorită glucozei, se activează ruta rapidă de absorbţie, iar fructoza este şi ea absorbită fără probleme.

Alimentele şi băuturile care conţin doar fructoză (acestea sînt rare) sau mult mai multă fructoză decît glucoză pot face ca fructoza să nu fie în întregime absorbită. Fructoza neabsorbită ajunge în colon, unde bacteriile florei intestinale se înfruptă din ea. Rezultatul

este o producţie de gaze precum hidrogenul, care provoacă balonare şi disconfort şi ar putea, de exemplu, să agraveze sindromul de colon iritabil (SCI).

Nu există un termen general acceptat pentru fructoza din alimente/băuturi care nu are o cantitate corespondentă de glucoză, dar uneori este numită *fructoză în exces*, termen pe care îl vom folosi şi noi.

Un procent de 80% din populaţia generală suferă de intoleranţă la fructoză, conform statisticilor testului hidrogenului din respiraţie (acelaşi ca pentru detectarea intoleranţei la lactoză – vezi p. 175). Testul foloseşte însă o doză de 50 mg de fructoză pură, care este destul de mare, mai mare decît excesul de fructoză pe care majoritatea oamenilor l-ar avea în realitate. (Pentru a înţelege mai bine, sucul de mere are un nivel foarte ridicat de fructoză în comparaţie cu cel de glucoză. Pentru a ingera 50 mg de fructoză în exces, un individ ar trebui să bea aproximativ 1,2 litri de suc de mere deodată – mai mult decît o cutie mare de suc.)

Măsura în care malabsorbţia fructozei îi afectează pe adulţi este un subiect de controversă, dar există dovezi că reducerea aportului de fructoză poate fi benefică pentru aproximativ o treime din pacienţii cu SCI.

Fructoza a devenit un subiect fierbinte pe internet, semnalul de alarmă vizînd în special folosirea siropurilor de porumb bogate în fructoză (HFCS) pe post de îndulcitori în băuturile la cutie şi alimentele procesate. Denumirea de siropuri de porumb bogate în fructoză este înşelătoare în realitate, deoarece cea mai frecvent folosită varietate de HCFS conţine doar puţin mai multă fructoză decît glucoză (proporţia este de 55 : 45, comparativ cu 50 : 50 în sucroză, îndulcitorul de modă veche al băuturilor la doză).

Cu toate acestea, sînt din ce în ce mai multe dovezi că excedentul de fructoză din alimentaţia actuală, chiar dacă este absorbit fără probleme, s-ar putea să nu fie benefic pentru sănătate (vezi mai jos).

În ciuda acestor dovezi, încă veţi mai vedea pungi de fructoză pură promovate ca fiind alternativa sănătoasă la zahărul obişnuit!

Bebeluşii şi copiii foarte mici în special au probleme şi pot face colici sau diaree în urma consumului de suc de mere sau de pere (vezi p. 305).

Evitarea excesului de fructoză

În cazul în care credeţi că aveţi o problemă cu absorbţia fructozei, este bine să evitaţi următoarele:

- toate băuturile răcoritoare la doză şi sticlă, deoarece sînt îndulcite cu sirop de porumb cu conţinut ridicat de fructoză (vezi mai sus);
- alimente pentru diabetici îndulcite cu fructoză;
- fructe şi sucuri al căror conţinut de fructoză îl depăşeşte pe cel de glucoză: mere, pere, mango, carambola, piersici, pepene galben şi mandarine;
- orice aliment îndulcit cu suc de mere (unele gemuri, de exemplu, mai ales cele din magazinele naturiste – citiţi etichetele);
- cantităţi mari de suc de portocale; se poate mînca o singură portocală;
- fructe uscate, smochine şi lychee; acestea trebuie mîncate în cantităţi mici deoarece au un conţinut de fructoză şi glucoză foarte ridicat. Pot suprasolicita mecanismele de absorbţie, indiferent cît de eficient ar funcţiona acestea.

Dacă evitaţi majoritatea fructelor pentru o perioadă oarecare, este bine să mîncaţi legume cu frunze verzi din belşug, plus un pic de suc de lămîie sau limetă în fiecare zi, pentru un aport adecvat de vitamina C. Sau luaţi un supliment cu vitamina C.

Scanned with OKEN Scanner

Intoleranța congenitală la fructoză

Aceasta este o problemă moştenită genetic şi foarte rară, în care una dintre enzimele necesare pentru a procesa fructoza, după ce este absorbită în fluxul sangvin, nu funcţionează cum trebuie. Simptomele variază în funcţie de enzima al cărei nivel este insuficient.

Acest tip de probleme se manifestă încă de la vîrste fragede, de îndată ce sucurile de fructe sau alimentele care conţin zahăr obişnuit (sucroză) sînt introduse în alimentaţie.

În cazul unei forme, caracterizată de o deficienţă a enzimei fructoză-1-fosfat aldolază B, bebeluşii sînt letargici după masă, nu au poftă de mîncare şi dezvoltă probleme ale ficatului. Este esenţială urmarea unei diete care să evite orice formă de fructoză pentru tot restul vieţii. Din fericire, copiilor care suferă de această afecţiune le displace gustul dulce.

Există însă riscul unei deficienţe de vitamina C, de aceea este nevoie de suplimente.

În cazul altei forme, caracterizată de o deficienţă a enzimei fructoză-1,6-bifosfatază, nu se manifestă aversiunea faţă de gustul dulce. Evitarea fructozei din alimente nu trebuie să fie foarte strictă în acest caz; se pot consuma cantităţi mici de fructe.

Efectele fructozei asupra metabolismului oamenilor sănătoşi

Acest subiect nu face tema cărţii de faţă, dar vom include un paragraf succint despre el, deoarece prezintă un mare interes în zilele noastre, mai ales în SUA (şi, prin urmare, pe internet). Se crede că un aport crescut de fructoză în alimentaţie poate modifica metabolismul grăsimilor, crescînd astfel riscul de obezitate. Dovezile în acest sens sînt destul de solide şi mai există şi altele conform cărora pînă şi un aport moderat de fructoză (provenit din băuturile îmbuteliate sau sucul de fructe) va spori, pe termen lung, riscul de gută. Mai există suspiciuni în privinţa unui aport crescut de fructoză care ar putea să mărească riscul de boli cardiovasculare, dar încă nu s-au strîns dovezi relevante în acest sens.

Intoleranța la sucroză

Sucroza este denumirea ştiinţifică a zahărului obişnuit (alb, brun etc.). Este o *dizaharidă*, ceea ce înseamnă că trebuie descompusă în două înainte de a fi absorbită de tractul digestiv. Enzima care o descompune se numeşte *sucrază* şi este produsă (întocmai ca şi lactaza) în prima parte a intestinului subţire, duodenul (vezi figura de la p. 26).

Sucraza descompune molecula de sucroză într-o moleculă de glucoză şi una de fructoză. Acestea sînt apoi absorbite în intestinul subţire. Doar dacă sucroza ajunge în colon, care este populat de flora intestinală iubitoare de zaharuri, apar probleme, manifestate prin gaze şi diaree.

În timpul unei crize severe de diaree şi imediat după aceasta, capacitatea de a produce sucrază poate fi inhibată pentru o vreme. Procesul este similar deficienţei secundare de lactază (o insuficienţă temporară de lactază apărută în urma diareei). Nu este nici pe departe la fel de frecventă ca deficienţa secundară de lactază, iar atunci cînd se produce este însoţită de deficienţa secundară de lactază. Evitarea lactozei este de obicei suficientă pentru a stopa simptomele (atît timp cît cauza este eliminată), dar cîteodată evitarea sucrazei, măcar un timp, este necesară.

De asemenea, poate apărea o deficienţă de sucrază ereditară, dar acest lucru se întîmplă rar. Tratamentul presupune evitarea tuturor alimentelor care au un conţinut de zaharoză mai mare de 2%.

Scanned with OKEN Scanner

Boala celiacă şi zaharurile

Din cauza leziunilor de la nivelul primei părţi a intestinului subţire, persoanele care suferă de boala celiacă şi nu urmează o dietă fără gluten suferă o pierdere de fructoză şi alte enzime care digeră dizaharidele. La fel ca în cazul lactozei şi sucrazei, se produce aici o enzimă numită trehalază. Aceasta descompune un zahăr ce se găseşte doar în ciuperci şi alţi fungi comestibili: trehaloză.

Rezultatul concret este că orice produs ce conţine lactoză (lapte şi alte produse lactate – vezi p. 181), sucroză (orice este dulce) sau trehaloză (ciuperci etc.) va ajunge în colon şi va înmulţi simptomele de diaree. Dacă aţi fost recent diagnosticat cu boala celiacă şi aţi început o dietă fără gluten, va dura ceva timp pînă cînd mucoasa intestinului dumneavoastră se va reface. Pentru a reduce între timp simptomele la minimum, vă recomandăm să evitaţi aceste trei tipuri de zaharuri.

Sorbitolul şi xilitolul

Aceştia sunt compuşi chimici neobişnuiţi: *zaharuri alcoolice* sau *polioli*. În acest grup există şi alţi compuşi (vezi mai jos). În mod normal, ei reprezintă doar o mică parte din dieta noastră naturală, dar avînd în vedere faptul că în prezent sînt folosiţi pe scară largă ca îndulcitori artificiali, probabil consumul lor a crescut mult.

Organismul nostru poate absorbi sorbitolul, dar lent. (Odată absorbit, sorbitolul este transformat de ficat în fructoză, iar aceasta este procesată normal.) Dacă se ingurgitează o cantitate mai mare decît se poate absorbi, surplusul va tranzita şi va ajunge la nivelul florei intestinale. Nu fiţi surprins că sorbitolul cauzează vînturi şi diaree atunci cînd este consumat în cantităţi mari.

Sorbitolul face parte din compoziţia cireşelor şi perelor (care reprezintă cele mai bogate surse naturale), precum şi a merelor, piersicilor, nectarinelor, curmalelor, prunelor şi caiselor. Sursele naturale vor cauza probleme numai la adulţi, dacă sînt consumate în cantităţi mari, cum ar fi sucul de fructe. Totuşi, bebeluşii şi copiii mici sînt cei mai predispuşi la efectele sorbitolului existent în sucul de fructe (vezi p. 305). Efectul este mai puternic şi datorită *excesului* de fructoză din sucuri, cum ar fi cel de mere.

Forma de sorbitol folosită ca îndulcitor artificial este sintetică, dar are aceeaşi compoziţie chimică cu forma sa naturală.

Xilitolul poate fi găsit şi în formă naturală, dar nu în alimente comestibile. Coaja de copac şi tulpinile de porumb reprezintă cele mai bogate surse. La fel ca sorbitolul, poate fi absorbit, dar lent, şi utilizat apoi de organism.

Sorbitolul şi xilitolul sînt folosite ca îndulcitori, mai ales în produsele pentru diabetici şi în cele de slăbit. Se găsesc în guma şi bomboanele de mentă fără zahăr, în pasta de dinţi, în siropurile împotriva tusei şi în alte produse medicale lichide.

Există şi alte zaharuri alcoolice folosite ca îndulcitori artificiali în acest tip de produse: manitol, maltitol, lactitol şi izomalt.

Sorbitolul a intrat recent în atenţia oamenilor de ştiinţă odată cu descoperirea unor persoane ce consumau gumă de mestecat fără zahăr care au dezvoltat diaree severă ducînd la pierderi în greutate alarmante. Numai după investigaţii medicale meticuloase s-a făcut legătura dintre simptome şi obiceiul de a mesteca gumă fără zahăr. Nici pacienţii nu au făcut legătura de la început. Ei mestecau 16 lame pe zi sau chiar mai mult, ceea ce însemna o doză de 20-30 mg de sorbitol.

În cantităţi mai reduse (5-20 mg pe zi sau 4-16 lame de gumă), aceste zaharuri alcoolice pot cauza diaree moderată sau pot agrava simptomele sindromului de colon iritabil. Copiii

Scanned with OKEN Scanner

(care ingerează doze mari cînd consumă dulciuri şi băuturi fără zahăr) sînt mai predispuşi la efectele laxative ale acestor îndulcitori.

Trebuie să verificaţi etichetele, dacă doriţi să evitaţi aceste efecte. Cîteodată, aceste zaharuri sînt indicate sub formă de E-uri: căutaţi E420-421, E953 şi E965-967.

Ce este „hipoglicemia"?

Termenul medical pentru „nivel scăzut de zahăr în sînge" este *hipoglicemie*, adică niveluri scăzute de glucoză în sînge. De obicei, acesta este rezultatul producerii unei cantităţi prea mari de insulină (sau al injectării unei cantităţi prea mari de insulină în cazul diabeticilor). Toată lumea suferă de acest lucru într-o anumită măsură – mai ales dacă mesele sunt sărace în zahăr şi amidon. Consumul de alcool în timpul mesei înrăutăţeşte lucrurile. Se produce o cantitate suplimentară de insulină pentru a face faţă acestui aport excesiv de glucoză şi, din excel de zel, se reduce nivelul zahărului din sînge, astfel încît apar simptome de oboseală, confuzie şi foame, la 2-3 ore după masă. Dacă nivelul de zahăr din sînge scade prea mult, se va produce adrenalină pentru a ajuta organismul să facă faţă crizei. Din cauza adrenalinei, persoana în cauză va fi iritabilă şi agresivă. Va transpira mai mult, va tremura şi va fi palidă – de asemenea, poate apărea o schimbare a ritmului cardiac. Deoarece acest tip de hipoglicemie este un răspuns la prea mult zahăr, ea se numeşte *hipoglicemie reactivă*.

În trecut, medicii îşi sfătuiau frecvent pacienţii cu hipoglicemie reactivă să bea un ceai cu mult zahăr, să sugă o bomboană ori să mănînce glucoză de fiecare dată cînd simţeau că apar simptomele. Pe termen scurt, aceste acţiuni ameliorau simptomele, dar nu făceau de fapt decît să perpetueze problema. Aportul de zahăr nu va face decît să stimuleze organismul să producă şi mai multă insulină, adică va înrăutăţi lucrurile.

La persoanele supraponderale ce consumă alimente cu zahăr sau amidon există riscul să sufere de hipoglicemie reactivă în fiecare zi. Celulele corpului devin din ce în ce mai responsive la insulină deoarece trebuie să facă faţă unui aport atît de mare de zahăr, prin urmare persoanele respective vor deveni rapid hipoglicemice de fiecare dată cînd nu îşi iau porţia de ingrediente cu zahăr. Aceste persoane pot fi ajutate prin simpla schimbare a dietei, deşi le va fi greu să cîştige lupta împotriva nevoii organismului de a primi cantitatea de zahăr cu care este obişnuit. Ele trebuie să mănînce mai multă carne, peşte, ouă, brînză şi legume şi să elimine zahărul şi mierea din regimul lor alimentar. Făina albă şi pîinea pot fi înlocuite cu făină integrală, deoarece aceasta se digeră mai greu şi nu eliberează în sînge o cantitate atît de mare de glucoză deodată. Chiar şi aşa, trebuie redusă cantitatea de pîine consumată şi nu sînt permise prăjiturile, biscuiţii, dulciurile, pastele şi gemul. Dacă apar ameliorări, după ce starea organismului s-a reechilibrat puţin, pot fi reintroduse unele alimente dulci.

Diverşi factori pot creşte riscul de apariţie a hipoglicemiei. Alcoolul, ceaiul şi cafeaua pot face acest lucru, mai ales dacă sînt consumate în exces. Fumatul duce la creşterea atît a glucagonului, cît şi a insulinei, determinînd o creştere a nivelurilor acestora în sînge, apoi o scădere, aproximativ o oră mai tîrziu. Hormonii tiroidieni joacă un rol important în reglarea glucozei din sînge, prin urmare orice dezechilibru poate determina apariţia hipoglicemiei. Deficienţele de vitamine şi minerale le pot face pe unele persoane mai predispuse la hipoglicemie. Drogurile determină hipoglicemie, iar stresul înrăutăţeşte lucrurile. De asemenea, hiperdezvoltarea sau dezechilibrele florei intestinale pot sta la baza scăderii nivelului de zahăr din sînge. În sfîrşit, există persoane care pur şi simplu produc prea multă insulină, indiferent de regimul lor alimentar sau de circumstanţe – totuşi, se pare că aceste cazuri sînt rare.

Scanned with OKEN Scanner

Unii medici afirmă că uneori hipoglicemia este un *simptom* al intoleranţei alimentare. La baza acestei afirmaţii stă faptul că unii pacienţi diagnosticaţi anterior cu hipoglicemie înregistrează ameliorări ale acestei stări în urma unei diete prin eliminare – deşi de cele mai multe ori ei urmau dieta pentru a trata alte simptome şi nu se aşteptau la o îmbunătăţire şi din acest punct de vedere.

Se pare că la copii există o legătură între ADHD şi hipoglicemie – mulţi copii hiperactivi nu procesează glucoza cum trebuie. Unele dintre simptomele acestora, cum ar fi iritabilitatea şi problemele de concentrare, se pot datora hipoglicemiei. De asemenea, tot cu aceasta este posibil să aibă legătură şi „pofta" de a mînca *junk food* cu mult zahăr.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 11

Intoleranța alimentară

Înainte de a începe, să clarificăm subiectul. Acest capitol tratează *intoleranţa alimentară idiopatică*, ceea ce înseamnă o reacţie adversă repetată la un anumit aliment, cauza acestei reacţii fiind specifică pacientului şi neavînd nici o explicaţie (*idiopatică*).

Aceste reacţii nu sînt clasificate ca *alergii*, deoarece sistemul imunitar nu este (cel puţin atît cît ştim în prezent) implicat în mod esenţial în reacţii. De asemenea, nu se datorează în principal problemelor enzimatice, cum sînt intoleranţa la fructoză sau intoleranţa la lactoză.

Odată lămurit aceste aspect, nu vom mai folosi expresia greoaie „intoleranţă alimentară idiopatică", dar la aceasta ne vom referi cînd vom vorbi despre intoleranţa alimentară.

Refugii medicale

Intoleranţa alimentară nu are un singur aspect: este o întreagă colecţie de diverse probleme medicale cauzate de diferite alimente. Unele sînt probleme medicale bine cunoscute, cum ar fi migrenele sau artrita reumatoidă, în care anumiţi pacienţi, adesea spre marea surpriză a medicilor, par să se vindece complet după ce evită anumite alimente. Altele sînt simptome obişnuite cumulate care – în medicina convenţională – nu sînt percepute ca avînd legătură unul cu altul, cum ar fi probleme intestinale la care se adaugă oboseală, dureri de cap şi dureri de încheieturi (aşa cum este cazul lui Susan, descris în capitolul 1). Dacă toate aceste simptome dispar imediat după ce anumite alimente obişnuite sînt eliminate, atunci diagnosticul este de intoleranţă alimentară.

Cît de multe au în comun aceste probleme, în ceea ce priveşte cauzele lor fundamentale, nu poate fi stabilit în prezent. Acestea sînt cîteva aspecte intrigante care apar în mod repetat – cum ar fi pofta de alimentele problematice în cazul unor pacienţi cu intoleranţă alimentară (vezi p. 205) –, dar nu sînt universale.

În ultimă instanţă, intoleranţa alimentară este o etichetă convenabilă pentru diverse categorii de pacienţi ce reacţionează la alimente şi care nu pot fi încadraţi în nici o categorie de sensibilitate la mîncăruri.

Vă puteţi gîndi la expresia „intoleranţă alimentară" ca la un fel de tabără de refugiu, unde ajung reacţiile la alimente care nu-şi găsesc locul în altă parte. Dacă nimeni nu cunoaşte mecanismul care stă la baza lor (de exemplu, alimentul ce declanşează simptomele), iar medicii nu sînt dornici să accepte faptul că un anumit tip de mîncare cauzează aceste probleme, atunci este intoleranţă alimentară! Bineînţeles, sîntem uşor ironici, dar realitatea e că intoleranţa alimentară nu este predată în cele mai multe şcoli medicale (exceptînd sensibilitatea la laptele de vacă în cazul copiilor) şi că cercetările, oricît de atent făcute şi de convingătoare sînt, de obicei sînt respinse sau ignorate.

Scanned with OKEN Scanner

Ele sînt publicate, chiar în reviste ştiinţifice de renume, dar ulterior pur şi simplu dispar fără urmă. Aceste rezultate sînt utilizate în practică de foarte puţini medici.

Gata cu intoleranța alimentară!

Ne face plăcere să anunţăm că, de la prima apariţie a acestei lucrări, cu 20 de ani în urmă, o parte din refugiaţii taberei intoleranţei alimentare şi-au găsit o casă. E vorba de tulburările care la vremea respectivă au fost descrise ca fiind intoleranţă alimentară, dar care pot fi etichetate acum drept o formă de alergie la alimente, deoarece mecanismele imunitare (sau măcar simptomele de necontestat ale implicării imunităţii) au fost identificate:

- eczema atopică ca reacţie la un aliment, unde un anumit tip de reacţie imună moderată la mîncare, ce implică celulele T, este cunoscută ca avînd un rol în apariţia acesteia (vezi capitolul 6);
- constipaţia cauzată de laptele de vacă sau de alte alimente la copiii sensibili la laptele de vacă atunci cînd sînt foarte mici, dar despre care se consideră că „au scăpat de ea odată cu creşterea" (vezi p. 10);
- durerea abdominală provocată de alimente (fără apariţia unui alt simptom) în cazul anumitor copii; au fost identificate semne de enteropatie nesuspectată – deteriorări imunitare ale mucoasei intestinale (vezi p. 334);
- unele cazuri de sindrom de colon iritabil s-au dovedit a fi reacţii ale anticorpilor IgE (vezi capitolul 12);
- alte cazuri de sindrom de colon iritabil (SCI) ca reacţie la alimente s-au dovedit a fi de fapt stagii primare ale bolii celiace (vezi capitolul 12);
- răspunsuri la alimente în cazul bolii Crohn în care reacţiile inflamatorii la mîncare pot fi acum observate în mod direct cu ajutorul endoscopiei (vezi p. 153).

Descoperirea faptului că un număr de persoane ce suferă de SCI au de fapt malabsorbţie de fructoză ca motiv major al simptomelor lor (vezi p. 187) determină eliminarea unui alt grup de pacienţi din tabăra intoleranţei alimentare inexplicabile şi îndoielnice.

Următoarele reacţii la alimente, care de asemenea au fost extrem de controversate acum 20 de ani, au o acceptabilitate medicală mult mai mare:

- colicii ca răspuns la alimente – în unele cazuri se ştie acum că se datorează intoleranţei la lactoză, în timp ce în alte cazuri afecţiunea este acceptată ca fiind o sensibilitate la laptele de vacă, deşi mecanismul nu este încă înţeles (vezi capitolul 15);
- artrita reumatoidă ca reacţie la alimente (vezi capitolul 13), în care rolul esenţial al reacţiei imunitare din intestine este acum recunoscut. Ideea că în cazul unor pacienţi reacţiile imunitare la alimente pot juca un rol în declanşarea reacţiei imunitare din intestine, ceea ce duce apoi la apariţia simptomelor de la încheieturi, nu mai este percepută de către reumatologii renumiţi ca fiind o erezie;
- reacţiile la alte alimente decît grîul ce apar în cazul bolii celiace (vezi p. 149).

Faptul că sensibilităţile alimentare nu mai sînt eliminate fără ezitare nu înseamnă, din păcate, că investigarea acestor reacţii a devenit o parte a rutinei diagnosticării medicale – dar sperăm că acest lucru se va întîmpla în cele din urmă.

Trebuie de asemenea menţionat faptul că există noi descoperiri surprinzătoare în legătură cu boala celiacă, care are o serie de patternuri simptomatice diferite, inclusiv unele remarcabile (vezi capitolul 7). Există puţine îndoieli că cei care au fost diagnosticaţi în trecut cu intoleranţă la gluten au de fapt tulburare celiacă nonclasică.

Scanned with OKEN Scanner

Ce nu a fost inclus în acest capitol şi de ce

Aşa cum se poate deduce din cele de mai sus, nu sînt posibile clasificarea şi etichetarea complete şi ordonate ale acestor reacţii diferite la mîncare. De aceea, organizarea capitolelor din această lucrare a fost o provocare. De fapt, nu există o metodă satisfăcătoare de organizare a acestei cărţi, dar am făcut tot ce ne-a stat în putinţă.

Acest capitol tratează în principal răspunsurile la mîncare care nu par să implice deloc sistemul imunitar sau răspunsurile la alimente în care orice implicare a imunităţii nu este susţinută de suficiente dovezi şi, prin urmare, este îndoielnică. (Totuşi, aceasta nu înseamnă că este eliminată complet implicarea unui răspuns imunitar. Unele tulburări discutate aici sînt mult mai întîlnite în rîndul atopicilor – persoane nepredispuse la alergii IgE – sau cel mai probabil se datorează unui aliment în cazul unei persoane atopice. Aceasta sugerează faptul că un răspuns IgE, probabil moderat şi localizat, poate fi implicat în reacţia la un aliment. Totuşi, în prezent nu există nici o dovadă în acest sens.)

Sindromului de colon iritabil (SCI) i s-a dedicat un capitol separat, deoarece există dovezi consistente, cel puţin în cazul anumitor pacienţi, că reacţia imunitară IgE localizată la un anumit aliment sau răspunsul imunitar întîrziat la acesta are loc în intestin. În multe alte cazuri de persoane ce suferă de SCI, o uşoară inflamare a mucoasei intestinale joacă cel mai probabil un rol. Dar în SCI se întîmplă multe alte lucruri, iar în cazurile unor pacienţi aspectul imunitar poate fi neimportant. Prin urmare, SCI este tratat în această secţiune a cărţii (mai degrabă decît în secţiunea dedicată alergiilor alimentare), dar nu în acest capitol.

Artrita reumatoidă ca răspuns alimentar are de asemenea un capitol special dedicat. Foarte probabil aceasta implică un anumit tip de reacţie imunitară la mîncare sau o reacţie autoimună care este cumva declanşată de aliment. Totuşi, nu există nici o dovadă în prezent care să demonstreze că aşa stau lucrurile. (Cîţiva pacienţi prezintă într-adevăr o reacţie IgE la alimentul responsabil de declanşarea răspunsului, deşi acest lucru este neobişnuit.) Pentru moment, această boală rămîne în această secţiune a lucrării şi nu este clasificată ca fiind alergie la mîncare.

Înţelegerea controverselor

Nici o persoană care scrie despre intoleranţa alimentară nu poate afirma că reflectă o opinie majoritară, deoarece există o mare varietate de perspective asupra acestui subiect. Vom analiza mai întîi aceste diferenţe de opinii, înainte de a prezenta intoleranţa alimentară în detaliu, pentru a vă oferi o înţelegere mai bună asupra punctului nostru de vedere cu privire la acest subiect.

De ce există atît de multe dezacorduri în ceea ce priveşte intoleranţa alimentară? Şi de ce atît de mulţi medici o consideră „o boală a mass-mediei", rezultatul publicării unor informaţii eronate? Dezacordul nu este legat de existenţa intoleranţei alimentare – puţini medici ar spune că aceasta nu există. Problema este legată de *prevalenţa* acestei probleme şi de *tipul de simptome* pe care le are.

Întrebările legate de *prevalenţă* sînt problematice deoarece nu există suficiente date fiabile. Estimările legate de cîte persoane suferă de intoleranţă alimentară variază de la o cifră foarte conservatoare de 0,3% la una foarte improbabilă de 90%.

Controversele legate de *tipul de simptome* cauzate de intoleranţa la alimente sînt la fel de puternice. Conform perspectivei convenţionale, este puţin probabil ca alimentele să determine simptome cum ar fi dureri la nivelul articulaţiilor şi oboseală şi numai anumite tipuri de

Scanned with OKEN Scanner

alimente pot declanşa o migrenă. Ideea că mîncarea poate cauza probleme mintale, cum sînt depresia, anxietatea, ADHD (hiperactivitate) sau chiar psihoză, este considerată revoltătoare de cei mai mulţi medici şi psihiatri convenţionali.

O altă problemă legată de acest subiect priveşte tipul de simptome provocate de *alergia* la diverse alimente. Deşi alergologii au acceptat pînă la urmă ideea că există reacţii alergice la alimente implicate în eczeme şi (rareori) în astm, puţini sînt gata să accepte faptul că alte probleme, cum ar fi hiperactivitatea la copii, pot fi cîteodată legate de alergiile la mîncare. Din considerente istorice, aceste dezbateri sînt legate de cele asupra intoleranţei alimentare, prin urmare şi ele fac parte din acest capitol.

Analiza ştiinţifică a bolii

În secolul al XVIII-lea şi la începutul secolului al XIX-lea, medicii au încercat să explice de ce există patternuri în unele boli. Epidemiile izbucneau în cartierele sărace urbane aglomerate create de Revoluţia Industrială, din cauza lipsei canalizării şi surselor de apă curată. Deoarece nu ştiau nimic despre bacterii şi virusuri, medicii au construit teoria „miasmelor" pentru a le explica. Miasmele erau condiţii atmosferice înşelătoare neidentificate ce puteau să determine declanşarea bolii. Pentru a explica marea varietate de boli ce apăreau în anumite zone aglomerate, s-a presupus că aceste miasme sînt nespecifice – ele pot cauza holeră la anumite persoane, friguri galbene la altele şi aşa mai departe.

În perioada 1860-1870, a avut loc o revoluţie în gîndirea medicală. Medicii Robert Koch (în Germania) şi Louis Pasteur (în Franţa) au descoperit că microorganismele determinau un mare număr de boli şi, în plus, că bacterii *specifice* cauzau boli *specifice*. Aceasta este o informaţie pe care noi în momentul de faţă o considerăm de la sine înţeleasă, dar la acea vreme a reprezentat o idee inovatoare şi remarcabilă. *Teoria germenilor*, aşa cum era cunoscută la vremea respectivă, a înlocuit rapid vechiul mod de gîndire, conform căruia miasmele puteau provoca o mare varietate de boli.

Ca reacţie la caracterul vag al modului vechi de gîndire, a apărut o insistenţă dogmatică de tipul „un germen, o boală". Începînd cu acel moment, fiecare boală trebuia să aibă un anumit set de simptome specifice şi o cauză specifică. Acest stil de gîndire, cu meritele sale ştiinţifice evidente, a dominat educaţia medicală mai mult de un secol.

Intoleranţa alimentară, aşa cum este înţeleasă în prezent, este o anatemă pentru acest tip de gîndire. Varietatea simptomelor puse în legătură cu aceasta este foarte vastă. Nici un pacient nu seamănă cu celălalt şi nu există nici măcar un simptom care să fie comun în toate cazurile. Diverse alimente determină reacţii diferite la pacienţi diferiţi şi diverse mîncăruri declanşează simptome diferite. De asemenea, unii pacienţi sînt aparent sensibili şi la alţi factori, cum ar fi particulele de praf din casă sau chimicalele. Nu există teste consacrate pentru identificarea intoleranţei la mîncare şi nici semne fizice evidente – într-adevăr, adesea pacienţii au o înfăţişare sănătoasă. Pe scurt, nu există un mecanism standard. Însă nici unul dintre aceste aspecte nu dă bine în ochii celor formaţi riguros în medicina ştiinţifică.

Alţi doi factori ajută la perceperea intoleranţei alimentare ca fiind îndoielnică. Multe dintre simptomele care îi sînt atribuite sînt de tip general – precum durerile de cap – şi pot avea cauze diverse. Mai mult decît atît, multe dintre simptome fac parte din categoria celor ce pot fi declanşate de boli psihosomatice, în care problemele emoţionale determină simptomele fizice.

Medicii convenţionali au abordat intoleranţa la mîncare cu un set de idei preconcepute care le-au creat o predispoziţie de opoziţie faţă de întregul concept. Şi, spre deosebire de publicul general, ei nu pot fi influenţaţi cu uşurinţă de poveşti cu vindecări miraculoase,

Scanned with OKEN Scanner

oricît de numeroase ar fi acestea. Aceste dovezi sînt prezentate în ştiinţa medicală ca fiind „anecdotice" şi tratate, pe bună dreptate, cu multă prudenţă. Corpul şi mintea umană interacţionează în moduri misterioase şi o persoană se poate vindeca de o boală în mod spontan sau ca răspuns la un tratament complet ineficient (acest lucru este cunoscut drept *efectul placebo* – vezi p. 227). Chiar dacă regimurile alimentare *sînt* de ajutor în eliminarea simptomelor, acest lucru se poate datora în întregime altor cauze – poate că persoana avea în trecut o dietă necorespunzătoare din punct de vedere nutriţional sau care conţinea prea multă cofeină.

Istoria medicinei este plină de „vindecări" născocite, care aparent au făcut minuni la vremea lor. „Faradismul direct" (numit astfel după Faraday, care a ajutat la descoperirea electricităţii) implica aplicarea unor şocuri electrice moderate pe braţe şi picioare. Această metodă de tratament era recomandată tuturor persoanelor obosite, extenuate sau care prezentau alte tulburări nervoase. Se presupunea că şocurile electrice „stimulau organismul". Această terapie şi multe altele asemănătoare erau foarte preţuite la timpul lor şi mii de persoane au simţit că le-au făcut bine. Este uşor pentru medicii convenţionali să includă intoleranţa alimentară în aceeaşi categorie.

Înţelegerea

O combinaţie de astfel de factori face foarte dificilă acceptarea de către medici a multora dintre efectele care sînt puse în prezent în legătură cu sensibilitatea la alimente, oricît de deschişi ar fi aceştia. Deci, cum îşi schimbă un medic această perspectivă?

Există un număr semnificativ de medici cu bune referinţe ştiinţifice care *acceptă* existenţa intoleranţei alimentare – prin urmare, ce i-a determinat să-şi schimbe perspectiva?

Într-un caz interesant înregistrat (în mod neobişnuit) în literatura medicală, doi reumatologi de la spitalul Hammersmith din Londra au descris o pacientă care a fost adusă la spital cu artrită reumatoidă severă. Ea a fost internată pentru tratament adiţional, deoarece simptomele ei nu răspundeau la medicamentele obişnuite. În curînd, tabieturile alimentare specifice pacientei au fost remarcate: ea avea o pasiune pentru brînză. Cerînd o porţie suplimentară de la bucătăria spitalului, ea consuma aproximativ 400 g pe zi, porţia sa obişnuită – i-a informat aceasta – cînd era acasă. De asemenea, bea cantităţi enorme de lapte. Medicii care au tratat-o au fost intrigaţi de acest aspect şi (deşi totalmente sceptici în ceea ce priveşte rolul alimentaţiei în artrita reumatoidă, la fel ca orice medic convenţional de la vremea respectivă – era anul 1979) s-au gîndit că ar fi interesant să vadă ce se întîmplă dacă ea ar evita laptele şi brînza.

Nimeni nu se aştepta la ceea ce s-a întîmplat ulterior. Artrita reumatoidă a dispărut pur şi simplu – toate simptomele au început să scadă în intensitate după trei săptămîni de la începerea dietei şi, treptat, au dispărut, pînă cînd au rămas doar deteriorările reziduale din încheieturi, determinate de boala îndelungată. (Acesta era tipul de deteriorare a articulaţiilor cauzat de inflamaţiile severe, care nu poate fi vindecat.)

De la o artrită reumatoidă progresivă şi severă, ce nu răspundea la tratament, pacienta a ajuns perfect sănătoasă, fără a avea nevoie de medicamente. Toate analizele de sînge s-au normalizat, arătînd că reacţiile imune caracteristice artritei reumatice au încetat. Toată lumea era uimită de transformarea uluitoare a sănătăţii sale.

Odată externată, cînd a consumat lapte ca ingredient dintr-un aliment, simptomele au reapărut. Şi cînd medicii au efectuat teste în spital folosind alimente din regimul alimentar obişnuit al pacientei, boala revenise în forţă.

Confruntaţi cu lipsa de încredere a comunităţii medicale ca urmare a articolului publicat de ei, medicii au testat pacienta folosind metoda dublu-orb cu alimente uscate încapsulate,

Scanned with OKEN Scanner

şi din nou ea a reacţionat la lapte/brînză, dar nu la capsulele placebo. Unul dintre medicii implicaţi, Graham Hughes, a scris mai tîrziu despre legătura dintre mîncare şi artrita reumatoidă. „Probabil că este o consecinţă a atitudinii noastre profesionale care ne-a determinat să trecem cu vederea importanţa unor asemenea asociaţii, făcute de atît de mulţi pacienţi cu un bun spirit de observaţie."

Remarcile lui ca nişte scuze ne aduc aminte de cele ale specialistului din Statele Unite, medicul Doris Rapp, care descrie în cartea sa *Allergies and the Hyperactive Child* cum a ajuns să accepte faptul că alimentele şi inhalantele pot cauza ADHD (tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenţie): „Îmi este jenă să recunosc faptul că, între anii 1960 şi 1975, ca practician pediatru specializat în alergii, rareori am recunoscut sau diagnosticat această problemă. Apoi, aşa cum se întîmplă adesea în medicină, am fost învăţat de pacienţii mei".

Unul dintre pacienţi a fost o fetiţă de cinci ani cu alergii la nivelul nasului, ochilor şi pieptului, pentru care a fost consultată de medicul Rapp. Părinţii au menţionat faptul că era de asemenea şi iritabilă, hiperactivă, depresivă şi plîngăcioasă şi suferea de dureri de stomac, de cap şi diaree. Medicul Rapp a suspectat o leziune la nivelul creierului ca motiv pentru problemele comportamentale, ceea ce ar fi fost incurabil. Preocuparea sa era centrată în special asupra alergiilor, pe care a încercat să le trateze folosind o dietă prin eliminare, pe lîngă sugestiile de eliminare a factorilor atopici majori din casă. „În trei zile, mama fetiţei m-a sunat ca să îmi spună că este extrem de mulţumită. Am presupus că alergia şi astmul Paulei s-au ameliorat, dar mama sa a spus că nu, dispoziţia şi activitatea Paulei erau mai bune. Am fost uimită şi perplexă. Mama mi-a spus că profesoara Paulei a sunat-o s-o întrebe ce fel de medicament lua copilul..."

O succesiune de experienţe similare a fost suficientă pentru a determina schimbarea de perspectivă a medicului. „Cum am putut să omit aceste lucruri atît de mult timp?", se întreabă ea mai departe. „Răspunsul stă în faptul că medicul vede de cele mai multe ori ceea ce vrea să vadă şi ceea ce a fost instruit să vadă. Dacă părinţii au remarcat faptul că copilul lor are o dispoziţie mai bună, a încetat să mai facă în pat sau pare mai puţin obosit ori mai puţin hiperactiv după o dietă, întotdeauna am considerat că acest lucru se datorează faptului că alergiile de la nivelul nasului şi pieptului se ameliorară..."

Mulţi alţi medici care lucrează în domeniul sensibilităţii alimentare cunosc poveşti similare. Unii au ajuns la această concluzie datorită faptului că ei înşişi sau membri ai familiei lor erau chinuiţi de boli misterioase. Din disperare, au încercat o dietă prin eliminare şi au descoperit că simptomele care îi deranjaseră ani de zile au dispărut într-o săptămînă sau două. Aceasta i-a încurajat să examineze din nou pacienţii pe care îi aveau de mult timp cu boli neidentificate şi, cînd au început să încerce diete prin eliminare cu aceştia, au descoperit că mulţi dintre ei răspund foarte bine.

Credinţă şi îndoială

Pînă acum am analizat atitudinile faţă de intoleranţa alimentară în termeni de credinţe şi idei preconcepute, ceea ce poate părea ciudat dacă sînteţi obişnuit să vă gîndiţi la medicina modernă din punct de vedere ştiinţific. În teorie, credinţele medicale ar trebui să fie susţinute de dovezi, în favoarea sau împotriva acestora.

Medicul David Atherton, dermatolog consultant la spitalul pentru copii Great Ormond Street din Londra (care trata eczema atopică folosind dieta la momentul în care această metodă de tratament era respinsă de cei mai mulţi medici), a scris: „Sînt adesea întrebat de colegii mei mai sceptici dacă chiar cred în «chestia asta cu mîncarea». Este trist, în ce priveşte practica medicală că o chestiune atît de importantă ca relaţia dintre dieta unui pacient şi boala sa face trimitere la credinţa sau îndoiala cuiva".

Scanned with OKEN Scanner

Dovezi ştiinţifice

Înainte de a analiza dovezile ştiinţifice legate de intoleranţa alimentară, trebuie să explicăm anumite lucruri esenţiale în legătură cu cercetările care stau la baza acestor dovezi.

Siguranţa în cifre

Ştiinţa medicală nu este niciodată exactă dintr-o varietate de motive. Pentru început, fiecare individ este diferit, în ceea ce priveşte atît genele care îl fac ceea ce este, cît şi condiţiile de mediu care îl modelează de la naştere. Răspunsul la tratament înclină să fie diferit doar din aceste motive.

Un alt factor major este natura imprecisă a diagnozei. Se pot da denumiri bolilor – de exemplu, „artrită reumatoidă" sau „migrenă" –, dar aceasta nu înseamnă că ele sînt boli unice, definite clar, aşa cum sînt bolile infecţioase, aşa cum ar fi pojarul sau holera. Medicii suspectează faptul că, deşi simptomele se manifestă în mod similar, există o multitudine de probleme diferite care se ascund sub aceeaşi denumire. O modalitate prin care medicina avansează este recunoaşterea diverselor subgrupuri din cadrul acestor boli şi stabilirea de noi denumiri pentru simptomele care apar în cadrul acestor subgrupuri – de exemplu, „migrenă clasică" şi „migrenă comună". Dar în multe boli nu există subgrupuri evidente, deşi este clar că pacienţii nu sînt identici. Acest lucru este adevărat în special atunci cînd vorbim despre intoleranţa alimentară.

Pentru a depăşi aceste probleme în experimentele medicale este important să studiem grupuri de pacienţi cît mai mari. Deoarece pacienţii care suferă de o boală pot fi atît de diverşi, un nou tratament poate fi eficient doar pentru, să zicem, 10% dintre ei. Un studiu efectuat pe 20 de pacienţi ar trebui, într-o lume perfectă, să includă doi pacienţi care răspund la tratament. Dar atunci cînd cifrele sînt atît de mici, legea norocului ne spune că este foarte posibil ca nici un pacient de acest tip să nu existe în grupul respectiv. Prin urmare, este nevoie de un grup de 100 de pacienţi pentru a se obţine rezultate convingătoare – dar experimentele cu eşantioane atît de mari sînt costisitoare în termeni de bani şi timp.

Studii privind intoleranţa alimentară

Ceea ce este important în orice studiu ştiinţific sînt *atenţia* cu care este conceput şi *detaliile* realizării sale. Pentru a evalua o cercetare în mod corespunzător trebuie să analizăm cu atenţie detaliile. Studiile asupra SCI sînt prezentate în capitolul 12, iar cele legate de artrita reumatoidă – în capitolul 13. Aici vom analiza cercetările asupra migrenei.

Studii de identificare a intoleranţei alimentare în migrenă

În general, migrena este definită ca o durere de cap severă, de obicei pe o singură parte, ce poate fi însoţită de ameţeală, stare de vomă şi modificări vizuale sau perceptuale. Aceste simptome pot varia foarte mult de la o persoană la alta şi fac ca structura şi interpretarea studiilor ce implică migrena să fie deosebit de dificile.

Cel mai comprehensiv studiu în care s-a folosit diagnosticarea cu ajutorul dietei prin eliminare în cazul pacienţilor cu migrene a fost realizat la spitalul Great Ormond Street din Londra, în perioada 1982-1983. Cercetarea a cuprins 88 de copii cu migrene severe şi

Scanned with OKEN Scanner

frecvente, cei mai mulți dintre ei având și alte simptome. Peste două treimi dintre aceștia sufereau de „dureri de stomac", diaree și flatulență și aproximativ jumătate prezentau tulburări de comportament, majoritatea fiind hiperactivi. Membrele deformate și nasul înfundat sau cu mucoasă excesivă erau de asemenea frecvente, iar unii copii sufereau de episoade epileptice, ulcere bucale recurente, scurgeri vaginale, astm sau eczeme. Cîțiva prezentau semne de leziuni permanente ale sistemului nervos.

Majoritatea copiilor cu migrene nu prezentau o asemenea varietate de simptome adiacente, de aceea copiii studiați au fost „un grup foarte atent selectat". Datorită faptului că spitalul Great Ormond Street este un centru mare specializat în boli ale copiilor, pacienții sînt de obicei puternic afectați și greu de tratat. Aceasta este critica majoră adusă acestei cercetări – deși nu este general aplicabilă. Chiar și așa, studiul este de mare interes, datorită gradului înalt de răspuns obținut.

Inițial copiii au fost puși la o dietă cu risc minimal, constînd într-o singură bucată de carne, un singur fruct, o legumă și orez sau cartofi. S-au distribuit suplimente de calciu și vitamine. Copiii au urmat această dietă timp de 3-4 săptămîni, iar la cei care au prezentat ameliorări au început să se reintroducă și alte alimente, cîte unul pe săptămînă. Cei care nu au prezentat nici o ameliorare a simptomelor după patru săptămîni au fost trecuți la o altă dietă, foarte simplă, ce implica diverse alimente, pentru a verifica dacă erau sensibili la unul sau altul dintre alimentele incluse în prima dietă.

În timpul fazei de testare, dacă alimentele determinau apariția simptomelor atunci cînd erau reintroduse, ele erau imediat eliminate. Copiii au continuat această dietă pînă cînd au fost testate toate tipurile de mîncăruri obișnuite.

Apoi ei au fost testați din nou cu *unul* dintre alimentele care păreau să determine o reacție adversă, dar de această dată testele au fost realizate dublu-orb – nici copilul, nici părinții sau experimentatorul nu știau ce mîncare era administrată. Mîncărurile erau „deghizate" într-un piure cu aromă puternică și furnizate în gamele care le erau date copiilor acasă. Bidoanele erau identificate cu un cod numeric, și doar cînd a fost identificat codul, la sfîrșitul experimentului, a devenit clar ce gamelă conținea alimentul suspect și care dintre ele era placebo – respectiv piureul nealterat, care nu ar fi trebuit să determine nici un simptom.

Din diverse motive, unii copii nu au putut fi testați dublu-orb, dar 40 dintre ei au trecut prin această testare.

Rezultatele studiului au fost surprinzătoare pentru mulți medici, nu numai pentru cei implicați. Dintre cei 88 de copii care au urmat dieta, 78 s-au recuperat complet în urma primului sau celui de-al doilea regim alimentar încercat în prima fază a experimentului. Alți 4 copii au înregistrat „ameliorări majore" și numai 6 nu au prezentat nici o îmbunătățire a stării lor. Cu alte cuvinte, răspunsul pozitiv a fost în proporție de 93%, o cifră uluitor de mare după orice standard. Dintre copiii cărora li s-a îmbunătățit starea, 8 au rămas la fel după ce au fost reintroduse alimentele și au continuat să fie sănătoși, urmînd o dietă normală. Prin urmare, au rămas 74 de copii în cazul cărora s-a identificat un anumit tip de mîncare ce a reprezentat, în cazul testării deschise, cauza migrenei. Dintre cei 40 care au fost testați dublu-orb, 35 au avut reacții adverse la conținutul gamelelor ce conțineau alimentul suspect, dar nu și la bidonul placebo. 3 dintre ei nu au reacționat la nici o gamelă, iar 2 au avut reacții adverse la placebo. Avînd în vedere varietatea reacțiilor generale la mîncare, 35 din 40 este un răspuns impresionant. Rezultatele ar fi fost și mai convingătoare dacă acești copii ar fi putut fi testați pentru *toate* alimentele la care au reacționat în testarea deschisă și în mod repetat, dar dificultățile practice ale realizării acestui test pe un eșantion atît de mare sînt evidente.

Unul dintre aspectele cele mai neașteptate ale acestei cercetări a fost proporția mare în care simptomele adiacente au dispărut în urma regimului alimentar. Aceste simptome – cum ar fi episoadele epileptice, hiperactivitatea și membrele deformate – erau considerate în

Scanned with OKEN Scanner

general, înainte de studiu, ca neavînd nici o legătură cu migrena. Totuşi, în cazul majorităţii copiilor, acestea au dispărut în stadiile iniţiale ale dietei şi au reapărut atunci cînd alimentele responsabile au fost ingurgitate. La fel s-a întîmplat şi în cazul simptomelor cum ar fi durerile abdominale, diareea, flatulenţa, ulcerele bucale şi scurgerile vaginale. Simptomele care au legătură în mod tipic cu alergiile IgE – rinita (nasul cu mucoasă excesivă), astmul şi eczemele – au dispărut numai în cazul a aproximativ jumătate dintre copii, sugerînd faptul că agenţii din aer care determinau alergia (cum ar fi particulele de praf) aveau şi ei un rol. Singurele simptome majore care nu au dispărut la nici unul dintre copii au fost cele cauzate de leziunile permanente ale sistemului nervos.

Un aspect interesant al acestui studiu este faptul că patru din cei cinci cercetători implicaţi erau foarte sceptici în legătură cu importanţa alimentelor atunci cînd l-au început. Excepţia a fost prof. John Soothill, care şi-a dorit realizarea acestui experiment şi i-a convins şi pe ceilalţi să i se alăture. În raportul lor asupra experimentului, ei afirmă că „s-au implicat în acest studiu crezînd că orice răspuns favorabil, cum este cel despre care s-a afirmat că dovedeşte ipoteza regimului alimentar, poate fi explicat ca un răspuns placebo. Rezultatele pozitive obţinute în urma testelor controlate dublu-orb... oferă dovezi clare că răspunsul placebo nu reprezintă explicaţia". Nu este nimic mai impresionant decît un studiu ce dovedeşte opusul a ceea ce cercetătorii au crezut iniţial!

Două echipe americane de cercetare au efectuat studii pe adulţi ce sufereau de migrene. Prof. Lyndon Mansfield de la Universitatea din Texas a analizat 43 de pacienţi ce sufereau de migrene. Acestora li s-au făcut teste cutanate pentru alergie şi alimentele testate pozitiv au fost eliminate din dietă. Pacienţii care nu au ieşit pozitiv la testele cutanate au fost supuşi unui regim alimentar în care se evitau grîul, porumbul, laptele şi ouăle. Există cîteva probleme în legătură cu această abordare. Testele cutanate indică rareori problema alimentelor în migrenă, aşa cum a recunoscut prof. Mansfield mai tîrziu. Iar dieta prin eliminare folosită pentru alţi pacienţi nu era suficient de strictă (adică nu erau evitate de la început suficiente tipuri de alimente). În ciuda acestor defecte ale cercetării, echipa a descoperit că 30% dintre pacienţi aveau mai puţine migrene. În cazul celor testaţi dublu-orb, 70% au răspuns la alimentele care erau deja incriminate de testele de provocare (cele în care pacienţii ştiau ce aliment mănîncă).

Un alt studiu, realizat de medicul T. Ray Vaughan în cadrul centrului medical militar Fitzsimons din Colorado, a cuprins 104 pacienţi, cărora li s-a cerut să elimine din alimentaţie grîul, porumbul, laptele şi ouăle, precum şi toate alimentele la care s-au obţinut rezultate pozitive la testele cutanate şi cele suspectate că provoacă migrene. Această abordare a dus la o îmbunătăţire a stării la 66% dintre pacienţi, iar 38% aveau de două ori mai puţine migrene. Nu toţi pacienţii au identificat alimentul care le declanşa migrena atunci cînd au fost supuşi unei testări deschise, dar 75% au putut să o facă. Mai mult de jumătate dintre aceştia au identificat acelaşi aliment în cazul testării dublu-orb.

În ambele studii, testele dublu-orb au fost realizate folosind capsule ce conţineau doar 8 g de mîncare deshidratată şi congelată. Acestea erau luate de trei ori pe zi, pentru fiecare provocare, dar tot era o cantitate foarte mică. Este posibil ca unele capsule să nu fi declanşat o reacţie autentică pentru simplul fapt că ele conţineau o cantitate prea mică de aliment.

Alte teste realizate pe adulţi ce sufereau de migrenă, folosind o dietă prin eliminare completă, au obţinut rezultate foarte bune (ameliorare totală sau foarte bună a migrenelor) la aproximativ 60-70% dintre persoanele suferinde. (Din păcate, aceste studii nu au folosit testele dublu-orb pentru a verifica reacţia ulterioară la aliment.) Dacă studiile făcute de Vaughan şi Mansfield ar fi folosit o dietă prin eliminare mai extensivă, credem că ar fi obţinut o rată de recuperare mai mare în rîndul pacienţilor. Totuşi, au obţinut ca rezultat ameliorarea semnificativă a stării la aproximativ o treime dintre pacienţi, iar în jur de 10%

Scanned with OKEN Scanner

au scăpat complet de migrene. Studiile lor sînt utile datorită testelor dublu-orb, care au demonstrat în mod convingător că alimente comune, cum sînt grîul, laptele, ouăle şi porumbul, pot provoca migrene la adulţi.

Migrenele – argumentele contra

În mod paradoxal, faptul că alimentele comestibile au un rol deja acceptat în medicina convenţională ce studiază migrena se datorează parţial neacceptării rolului intoleranţei alimentare mai generale. Anumite alimente, cum sînt ciocolata, brînza, vinul roşu şi citricele, sînt cunoscute ca declanşatoare ale migrenelor.

Multe persoane care sufereau de migrene au beneficiat de pe urma evitării acestor alimente „declanşatoare", dar puţini au constatat că durerile de cap dispar complet. Alţi factori declanşatori, cum ar fi luminile puternice, scenele emoţionale sau ecranele televizoarelor, trebuie evitaţi în continuare, dar unele migrene apar indiferent de precauţiile luate. Aceasta este o distincţie importantă între răspunsul la alimente cum sînt ciocolata/brînza/vinul roşu şi intoleranţa la anumite alimente comune, cum sînt grîul şi laptele, diagnosticate cu ajutorul dietei prin eliminare. Cînd aceste alimente sînt identificate prin această dietă şi apoi evitate, de cele mai multe ori migrenele *dispar complet* – declanşatorii nespecifici, cum ar fi luminile puternice, nemaireprezentînd o problemă. Acest fapt a fost remarcat în studiul efectuat la Great Ormond Street şi este raportat adesea de alţi medici ce tratează migrene folosind dieta prin eliminare. (Pentru mai multe în legătură cu acest subiect, vezi p. 215)

În abordarea convenţională a migrenei, îndrumarea pacienţilor spre evitarea alimentelor cu un risc înalt de declanşare a migrenei, cum este ciocolata, şi apoi înregistrarea reducerii episoadelor de durere reprezintă o parte standard a tratamentului. Din păcate, aşa cum ideile legate de intoleranţa la alimentele obişnuite au fost ignorate, aceeaşi metodă a fost extinsă şi la aceste alimente. Prin urmare, pacienţilor care sînt întrebaţi în legătură cu alimentele obişnuite ce le declanşează simptomele li se spune să evite grîul pentru cîteva săptămîni, apoi laptele pentru cîteva săptămîni ş.a.m.d. *Experienţa comună a medicilor care se specializează în tratarea intoleranţei alimentare este că această abordare pur şi simplu nu funcţionează.* Majoritatea persoanelor, dacă sînt sensibile la alimente, sînt sensibile la mai multe, şi doar dacă *toate* sînt eliminate *în acelaşi timp* se va remarca o ameliorare a stării. De aceea este necesar să se utilizeze o dietă corespunzătoare de eliminare pentru a identifica tipul de aliment la care se manifestă sensibilitatea. Totuşi, majoritatea specialiştilor în migrenă resping ideea că intoleranţa la mîncare poate reprezenta o cauză primară a migrenelor – dar fac acest lucru bazîndu-se pe faptul că le-au cerut pacienţilor lor să elimine diverse alimente din dieta lor, unul cîte unul.

Alimentaţia şi medicina

Pînă acum, controversele privind intoleranţa la mîncare au avut două tabere : opinia medicală convenţională, pe de o parte, *versus* variaţii medici „neconvenţionali", pe de alta. Viaţa ar fi cu mult mai uşoară dacă lucrurile ar sta chiar aşa, dar realitatea este alta.

Pentru a complica şi mai mult lucrurile, mulţi practicieni necalificaţi şi-au îndreptat atenţia spre domeniul intoleranţei alimentare. Noutăţile privind intoleranţa la alimente şi ce pot face ele în afecţiuni ca migrenele, SCI şi alte boli persistente în timp au ajuns la publicul general, în ciuda dezaprobării din partea cadrelor medicale. Persoanele care suferă de aceste boli sînt interesate să ştie mai mult, ceea ce este de înţeles, iar interesul lor pentru

Scanned with OKEN Scanner

tratamentul care se utilizează regimurile alimentare nu este satisfăcut de medicina convenţională. Implicarea medicilor ce folosesc medicina alternativă în tratamentele pe bază de diete este cîteodată îngrijorătoare. Mulţi dintre aceştia au puţine cunoştinţe în ceea ce priveşte nutriţia - sau sensibilitatea alimentară la modul general. Unii dintre ei au pus în pericol sănătatea pacienţilor prin faptul că le-au impus să ţină diete extrem de restrictive, care sînt sărace în vitamine esenţiale, minerale sau proteine. A fost chiar raportat un caz de scorbut (o deficienţă severă de vitamina C). Pacienţii tineri sînt în mod special vulnerabili, deoarece copiii au nevoie de mîncare pentru a-şi asigura creşterea şi dezvoltarea. Pediatrii au văzut copii cu o malnutriţie severă rezultată în urma unor diete prost recomandate. Un caz menţionat într-un jurnal medical se referea la un bebeluş de cinci luni cu eczemă atopică care fusese pus la o dietă bazată pe orez de către neonatolog (bazîndu-se pe „testarea citotoxică") şi care era foarte bolnav la momentul în care a fost dus în secţia de urgenţe a spitalului.

Cazuri ca acestea au determinat o îngrijorare majoră în rîndul profesioniştilor din domeniul medical şi i-au determinat pe unii medici să pornească ceea ce poate fi descris doar ca o cruciadă împotriva întregii idei legate de intoleranţa alimentară ca boală de sine stătătoare. Practicieni particulari, calificaţi şi de renume, ce lucrează în acest domeniu s-au trezit atacaţi la fel de virulent ca şi practicienii necalificaţi - toată lumea a fost băgată în aceeaşi oală. Criticii virulenţi au fost extrem de influenţi şi aura de controversă şi îndoială ce înconjoară intoleranţa la mîncare se datorează în mare parte activităţilor acestora.

Deşi revolta lor faţă de cazurile de malnutriţie este foarte de înţeles, într-un anumit sens aceşti medici ajută la perpetuarea tocmai a situaţiei pe care o deplîng. Reticenţa celor mai mulţi medici de familie şi consultanţi de a lua în serios intoleranţa la mîncare îşi are fără îndoială rădăcinile în imaginea sa proastă, mai degrabă decît în cîntărirea atentă a dovezilor ştiinţifice. Deoarece nu primesc ajutor de la medicii lor, pacienţii care cred că mîncarea poate fi cauza problemelor lor îşi orientează atenţia asupra medicilor ce practică medicina alternativă şi, prin urmare, situaţia este perpetuată.

Bineînţeles, medicii nu ar trebui să adopte fiecare metodă de tratament care este la modă, doar pentru faptul că pacienţii lor le cer acest lucru. Dar noi considerăm că dovezile ştiinţifice sînt suficient de puternice pentru a merita o reanaliză medicală majoră a intoleranţei alimentare. Aceste dovezi sugerează că boli obişnuite, ca migrena, SCI şi artrita reumatoidă, nu ar trebui să fie considerate incurabile în cazul tuturor pacienţilor. Pentru un număr semnificativ de persoane, eliminarea anumitor alimente poate aduce o ameliorare substanţială a simptomelor, mult mai evidentă decît ceea ce se obţine în general cu ajutorul medicamentelor disponibile pentru aceste boli.

Multiplele fațete ale intoleranței alimentare

Pacienţii cu intolerantă la mîncare pot avea unul sau două simptome sau pot avea o mare varietate de simptome în diverse părţi ale corpului - dureri de cap, indigestie, diaree, dureri şi dureri surde continue, urticarie şi multe alte probleme. În cele mai multe cazuri, nu poate fi identificată nici o problemă fizică care să le explice. În general, medicina convenţională presupune că aceşti pacienţi suferă de o boală psihosomatică.

Următoarea parte a capitolului analizează aceste simptome pe rînd, iar această secţiune tratează caracteristicile generale ale intoleranţei alimentare. Deoarece s-au realizat puţine studii ştiinţifice în ceea ce priveşte intoleranţa la alimente, multe dintre cele spuse mai departe se bazează pe impresii generale strînse de diverşi medici ce au tratat un mare număr de persoane. Acestea nu reprezintă dovezi solide din punct de vedere ştiinţific, dar este tot ceea ce avem în prezent.

Scanned with OKEN Scanner

Avînd în vedere natura controversată a intoleranţei alimentare, multe dintre afirmaţiile din acest capitol pot fi puse la îndoială de unii medici. La modul ideal, ar trebui să fim capabili să demonstrăm fiecare afirmaţie, dar acest lucru ar face ca acest capitol să fie foarte lung şi greoi. Prin urmare, am sintetizat argumentele în favoarea intoleranţei alimentare la început. Noi considerăm cazul intoleranţei la alimente ca fiind foarte puternic, iar acest capitol este scris din acest punct de vedere.

Caracteristici generale ale intoleranței alimentare

Alimentele zilnice

În intoleranţa alimentară, aproape de fiecare dată, alimentele ce sînt consumate în mod obişnuit reprezintă sursa problemei. În Marea Britanie şi alte ţări occidentale, acestea sînt grîul şi laptele, ce sînt de obicei consumate de cîteva ori pe zi. În Statele Unite şi Canada, sensibilitatea la porumb este de asemenea răspîndită - acesta este prezent în numeroase mîncăruri preparate, sub forma făinii, amidonului şi siropului de porumb. Produsele pe bază de porumb sînt folosite şi în Marea Britanie, dar pe ansamblu în această ţară este consumat mai puţin porumb, iar sensibilitatea la acesta nu este atît de frecventă. Aşa cum obiceiurile alimentare se schimbă, la fel sînt diferite şi sensibilităţile corespunzătoare. În prezent, datorită faptului că seminţele şi făina de soia sînt din ce în ce mai folosite în mîncărurile procesate, încep să apară din ce în ce mai multe cazuri de intoleranţă la soia. Acolo unde grîul şi laptele nu sînt ingrediente principale, apar alte sensibilităţi - un medic ce practica în Taiwan a constatat că alimentele răspunzătoare cel mai frecvent de intoleranţă erau grîul şi seminţele de soia.

Impresia rezultată din istoria cazurilor pacienţilor este că o ingerare masivă a unui aliment, indiferent care este acela, poate declanşa intoleranţă la acel aliment.

Orice tip de mîncare poate determina intoleranţă, dar se pare că unele alimente au o probabilitate mai mare de a deveni o problemă decît altele. De exemplu, portocalele sînt identificate în mod regulat ca fiind alimente declanşatoare, în timp ce merele sînt incriminate mai rar. Totuşi, merele şi portocalele sînt consumate probabil în cantitate egală în Marea Britanie. În mod similar, grîul pare să reprezinte o cauză mai probabilă a intoleranţei decît alte cereale. Totuşi, ideea că anumite alimente sînt complet „sigure" şi că nu pot produce niciodată intoleranţă alimentară este greşită - această afirmaţie este făcută cîteodată de medici care practică medicina alternativă, mai ales de către acei terapeuţi ce folosesc dietele ca metode de tratament, punînd accent pe presupusele calităţi magice ale orezului.

Dezvoltarea treptată a simptomelor

Patternul general al intoleranţei alimentare pare să fie următorul. Pacientul începe să aibă sensibilitate la lapte, grîu, porumb, ouă sau alte alimente ce sînt consumate în mod obişnuit. În această etapă, probabil că el manifestă doar unul sau două simptome minore. Pe măsură ce trece timpul, apar noi sensibilităţi la alimente care nu sînt consumate la fel de frecvent. Odată cu aceste noi sensibilităţi, apar şi noi simptome, iar starea de sănătate a persoanei respective se deteriorează. În cazul celor care au intoleranţă alimentară de mulţi ani, un mare număr de alimente pot fi responsabile - cîteodată chiar 20 sau 30. Aceste persoane tind să fie destul de sever afectate de simptomele lor, ajungînd chiar să nu poată duce o viaţă normală. Totuşi, aceste cazuri sînt puţine. Cele mai multe persoane care au nevoie de

Scanned with OKEN Scanner

tratament pentru intoleranţa la alimente sînt sensibile de la unu pînă la cinci alimente şi sînt capabile să funcţioneze destul de bine, în ciuda bolii lor.

Pentru mulţi dintre cei care au intoleranţă alimentară este dificil să identifice momentul în care a debutat boala. Simptomele pot începe cu probleme minore care, de cele mai multe ori, sînt trecute cu vederea, cum ar fi dureri de cap sau oboseală excesivă ori episoade frecvente de indigestie. Pe măsură ce trec anii, se înregistrează un declin treptat al stării de sănătate, dar de cele mai multe ori este atît de lent, încît persoana nu îşi dă seama cît de mult se înrăutăţesc lucrurile.

Totuşi, în cazul unor pacienţi, intoleranţa alimentară are un început destul de clar. Aceasta poate fi consecutivă unei crize severe de diaree sau unui acces de gripă ori unei infecţii virale. Sau poate fi rezultatul unui tratament cu antibiotice, cum este cel administrat înaintea unor operaţii (de exemplu, histerectomia). De asemenea, în cazul persoanelor ce au fost expuse unor cantităţi toxice de pesticide sau alte chimicale, intoleranţa alimentară se instalează cîteodată imediat.

Cantităţile mici de alimente nu vor provoca simptomele

Cantitatea de mîncare necesară pentru a provoca simptomele este în general mai mare în intoleranţă decît în alergie. Cineva care are alergie la un anumit aliment poate reacţiona la o singură picătură din alimentul respectiv. Individul intolerant nu prezintă niciodată acest tip de sensibilitate „desăvîrşită". De obicei este nevoie de porţii obişnuite pentru a declanşa o reacţie, deşi unele persoane pot reacţiona la doar cîteva îmbucături din mîncarea respectivă.

Reacţii lente

Spre deosebire de alergia alimentară IgE, în care reacţia la aliment se produce în cîteva minute, intoleranţa are în general răspunsuri lente la alimentul în cauză. Simptomele pot apărea la cîteva ore după ingurgitarea alimentului sau în ziua următoare ori chiar după 48 de ore, în cazul simptomelor la nivelul colonului. Datorită faptului că alimentul (sau alimentele) responsabil este consumat atît de frecvent, nu există nici o legătură evidentă între acesta şi simptome. (Acest efect a fost denumit „mascat" de primii medici ce şi-au manifestat interesul faţă de intoleranţa alimentară, şi numele de *alergie alimentară mascată* este folosit cîteodată pentru a desemna intoleranţa.)

Cele mai multe persoane care suferă de intoleranţă alimentară prezintă simptome ce fluctuează de la o zi la alta şi pot exista perioade cînd acestea sînt mai intense sau ameliorate. Factori variabili, cum este stresul, joacă probabil un rol în aceste fluctuaţii, modificînd uşor susceptibilitatea pacientului la alimentele respective.

Consecutiv unei diete prin eliminare, în timpul căreia alimentele problematice sînt eliminate pentru o săptămînă sau mai mult, timpul de reacţie se poate scurta în mod considerabil. Dacă un astfel de aliment este consumat din nou după o perioadă de evitare, este foarte posibil ca reacţia să fie atît mai promptă, cît şi mai severă. În cazul anumitor persoane poate apărea chiar o reacţie aproape imediată, cum ar fi vomitarea, înroşirea, mîncărimea sau un flux spontan de mucus din nas.

Şi mai debusolant, simptomele care apar la testare nu sînt neapărat aceleaşi pe care pacientul le-a avut anterior. Pentru medicii convenţionali, acesta este un aspect extrem de dubios al intoleranţei alimentare şi cel care pune întregul fenomen la îndoială – este o parte fundamentală a abordării medicale ştiinţifice conform căreia aceeaşi cauză ar trebui să

Scanned with OKEN Scanner

producă întotdeauna același efect. Dar același fenomen a fost foarte bine documentat la copiii cu eczemă atopică declanșată de mîncare de către medicii convenționali specializați în alergii din Statele Unite.

Faptul că intoleranța alimentară este cauzată probabil de mulți factori ce interacționează sugerează că schimbarea simptomelor s-ar putea să nu fie chiar atît de neplauzibilă cum ar putea părea la prima vedere. Dacă apar modificări consecutive eliminării alimentului respectiv, acest lucru se poate datora faptului că o cauză a sensibilității este afectată mai ușor prin evitare decît alta. Neconsumarea unui aliment poate altera această balanță a factorilor cauzali și, prin urmare, poate produce un alt tip de simptome.

Depășirea intoleranței alimentare

Alergia la alimente, mai ales cea care determină o reacție imediată, se întinde de obicei pe toată durata vieții. Pe de altă parte, intoleranța alimentară tinde să se diminueze dacă alimentul este evitat o perioadă. După cîteva luni sau, uneori, chiar un an același aliment poate fi consumat fără a provoca reacții adverse. Dar potențialul de reacție rămîne: dacă respectivul ingredient va fi consumat din nou zilnic, este foarte posibil ca intoleranța să reapară în aproximativ o lună. De asemenea, o infecție virală poate redeclanșa intoleranța la alimentul respectiv.

Cîteodată reacțiile de intoleranță dispar foarte repede dacă alimentele sînt evitate și nu reapar chiar dacă persoana se întoarce la regimul alimentar anterior. Acest lucru pare să se întîmple destul de frecvent în cazul copiilor, dar mai rar în cazul adulților.

În general, cu cît perioada de evitare a alimentelor declanșatoare este mai mare, cu atît starea pacienților se ameliorează mai mult (atît timp cît nu sînt consumate în mod regulat sau în cantități prea mari). Avînd în vedere faptul că li se îmbunătățește starea de sănătate, persoanele sînt mai capabile să se adapteze dietei și altor factori de mediu – de exemplu, factorii cu potențial alergic din aer sau chimicalele sintetice. La fel cum s-a manifestat un declin gradual al stării de sănătate, la fel are loc și procesul de recuperare, corpul devenind din ce în ce mai puternic și mai puțin sensibil cu fiecare pas făcut.

Poftind la alimentul-problemă

Consumarea alimentelor-problemă în cantități mari, adesea de cîteva ori pe zi, și faptul că nevoia de ale consuma este mai mare decît în cazul altor alimente reprezintă cele mai bizare aspecte ale intoleranței alimentare. La o estimare grosieră, fenomenul afectează aproximativ 50% dintre pacienți. Acești pacienți poftesc la alimentul sau mîncarea care le provoacă probleme.

Deși acest aspect al intoleranței alimentare pare a fi foarte individual și puțin probabil în ochii unei persoane care abia are contact cu acest subiect, nici unul dintre medicii ce lucrează în domeniu nu are îndoieli în această privință – ei au observat prea multe persoane cu același pattern curios de comportament alimentar. De asemenea, acesta poate fi observat și în artrita reumatoidă ca reacție la un aliment, așa cum este descrisă în cazul detaliat la p. 196. Încercînd să explice acest fenomen, medicii au speculat în privința rolului exorfinelor derivate din mîncare (vezi pp. 29-30).

Legătura dintre alimentul favorit și boală este rareori evidentă pentru persoana în cauză deoarece există o întîrziere a apariției simptomelor după ingerarea acestuia și deoarece consumul este regulat. S-ar putea ca cei afectați să fie conștienți de faptul că le este poftă și să considere acest lucru ca fiind o preferință personală sau s-ar putea să nu fie conștienți,

Scanned with OKEN Scanner

dar să selecteze în mod inconştient mîncărurile ce conţin alimentul-problemă. În cazul grîului şi al lactatelor este destul de simplu ca persoana să nu realizeze problema legată de ele – ea are nevoie să consume biscuiţi şi lapte înainte de a merge la culcare, să mănînce cereale şi lapte la micul dejun şi mănîncă întotdeauna un sendviş la prînz, acest lucru putînd fi interpretat doar ca un fel de „dependenţă alimentară".

Dacă alimentul este evitat o perioadă, în cele din urmă poftele vor dispărea. Dar, din păcate, ele reapar la fel de uşor. Consumarea din nou în mod regulat a aceluiaşi tip de mîncare (sau a altora care sînt înrudite) va duce la restabilirea rapidă a senzaţiei de poftă, iar spirala ascendentă este foarte dificil de combătut. Datorită faptului că ingerarea alimentului-problemă determină iniţial o senzaţie de satisfacţie şi o stare de bine persoanei respective, autocontrolul este extrem de dificil.

Evitarea alimentelor-problemă produce simptome mai severe la început

Una dintre problemele urmării unei diete prin eliminare este faptul că, dacă cineva chiar are o intoleranţă alimentară, primele zile sînt de obicei foarte neplăcute. Simptomele iniţiale vor deveni şi mai puternice în a doua sau a treia zi a dietei, şi acest lucru va continua timp de cîteva zile. Acest răspuns de tip sevraj dispare de obicei în prima săptămînă. De ce se întîmplă acest lucru nu se ştie. Există cîteva explicaţii speculative, dar acestea nu au fost niciodată investigate.

„Am uitat cum este să te simţi bine"

Rebecca a început să aibă dureri puternice de gît în adolescenţă. În acelaşi timp, ea a început să sufere de „glande inflamate" (inflamarea nodulilor limfatici), care i-au provocat noduli în canalul inghinal, axilă şi gît. De cele mai multe ori durerea era atît de puternică, încît ea avea dificultăţi la mers. De asemenea, se simţea balonată, avea umflături la nivelul feţei şi gîtului şi episoade de ameţeală, iar cîteodată chiar leşina. I s-au scos amigdalele, dar acest lucru nu a determinat o îmbunătăţire remarcabilă: gîtul era mai puţin dureros, dar durerile şi umflăturile încă mai persistau. În jurul vîrstei de 20 de ani, Rebecca s-a căsătorit şi, deşi era foarte fericită cu soţul ei, simptomele au început să se agraveze. Ea simţea frecvent că se îmbolnăveşte de gripă, avînd dureri continue şi profunde, dureri de cap şi glande inflamate. De asemenea, guturaiurile severe, ulceraţiile bucale recurente şi durerile de stomac o supărau adesea.

Toate aceste probleme au atins apogeul cînd ea avea 25 de ani şi s-au mutat în altă casă. Analizînd acea perioadă din trecut, Rebecca consideră că stresul mutării şi starea de precipitare au determinat o criză a stării sale de sănătate. Simptomele au devenit mai frecvente şi mai severe şi ea simţea că trupul său „îşi pierduse complet controlul". Au apărut noi probleme, ca durerile de încheieturi şi perioadele de depresie severă. A trebuit să renunţe la locul său de muncă cu jumătate de normă şi chiar şi treburile casnice simple au devenit imposibil de făcut.

Rebecca ceruse ajutor mai multor specialişti de-a lungul anilor, dar nici unul nu a fost capabil s-o ajute prea mult. Dar cînd a ajuns în acest punct ea a auzit ceva despre „alergia alimentară" de la un prieten şi l-a întrebat pe medicul ei de familie dacă merită să investigheze acest lucru. Medicul era sceptic, dar i-a făcut o programare pentru a se întîlni cu un specialist, iar acesta a pus-o imediat la o dietă foarte strictă, care a început cu un post de 3 zile. Apoi a început un regim alimentar ce cuprindea doar carne de miel, pere şi apă minerală. După o săptămînă se simţea atît de bine încît îi venea greu

Scanned with OKEN Scanner

să creadă că este adevărat. Aproape toate simptomele dispăruseră, exceptînd cîteva dureri în articulații. „Am fost bolnavă atît de mult timp încît am uitat cum este să te simți bine – e un sentiment minunat", își amintește ea.

Ulterior a început lungul proces al testării alimentelor. Pînă la urmă, Rebecca a identificat ingredientele problemă: cele mai multe tipuri de aditivi, grîul, portocalele, lămîile, untul, căpșunile și alcoolul. Consumarea oricăreia dintre acestea ducea la inflamarea glandelor, depresie, dureri de cap, dureri de stomac, dureri articulare și în general la simptome asemănătoare gripei în doar cîteva ore. I-a luat foarte mult timp să testeze toate alimentele și să stabilească un regim alimentar care să-i facă bine, dar în prezent ea se bucură de o sănătate foarte bună și poate mînca o mare varietate de alimente. Poate consuma ocazional mici cantități de grîu și alte alimente care pentru ea sînt o problemă, dar trebuie să evite aditivii.

Cazurile cum este cel al Rebeccăi sînt foarte rare, dar ele ridică întrebări interesante legate de cauza intoleranței alimentare. Nodulii limfatici inflamați sugerează faptul că, în acest caz, era implicat sistemul imunitar ce reacționa la anumite alimente, deși simptomele nu erau de tipul celor pe care un medic le-ar asocia cu o alergie.

Simptomele intoleranței alimentare

Fiecare boală despre care am discutat aici poate avea și alte cauze, de aceea este important să vă amintiți acest lucru atunci cînd vă analizați propriile probleme. Ceea ce face diagnosticul de intoleranță alimentară plauzibil este existența a două, trei sau mai multe dintre aceste simptome, mai ales dacă medicul dumneavoastră nu a putut să le identifice cauza.

Nimeni care suferă de intoleranță la un aliment nu poate manifesta *toate* aceste simptome – cei mai mulți pacienți au cîteva dintre simptomele majore și cîteva dintre cele minore, dar unii prezintă numai un simptom. Doi pacienți cu intoleranță alimentară nu vor fi la fel și fiecare dintre ei va avea o „colecție" particulară de simptome, ce apar în ordine diferită și în momente diferite ale vieții lor. Intoleranța poate apărea la orice vîrstă; poate dispărea în copilărie, odată cu creșterea, pentru a reapărea mai tîrziu, dar într-o formă diferită.

Sistemul digestiv

Acesta este principalul sistem implicat cînd este vorba de alimente și este puțin surprinzător faptul că majoritatea simptomelor intoleranței alimentare nu sînt localizate aici. Cei mai mulți pacienți cu intoleranță la un aliment prezintă probleme de digestie, deși acestea pot fi relativ minore. Totuși, este posibil să suferiți de intoleranță alimentară și să nu prezentați nici un simptom la nivelul sistemului digestiv.

Ulcerațiile bucale

Ulcerul este o zonă în care suprafața mucoasei bucale lipsește, producîndu-se un mic crater. Ulcerele bucale sînt dureroase, mai ales atunci cînd sînt consumate fructe acide sau mîncăruri condimentate. Există două tipuri principale de ulcere – cele provocate prin rănire și cele cauzate în alte moduri. Cele din a doua categorie sînt mai mici, avînd un diametru de aproximativ 2-3 milimetri. Cele mai multe persoane suferă din cînd în cînd de ulcere bucale de acest tip. Ele sînt neobișnuite numai dacă o persoană suferă de o serie de astfel de ulcere care apar cu frecvență mare – aproximativ o persoană din zece este afectată în acest mod.

Scanned with OKEN Scanner

Infecţiile virale reprezintă probabil cea mai întîlnită cauză generală a ulcerelor bucale, dar ele *nu* pot fi identificate în ulcerele bucale recurente. Nimeni nu ştie exact ce cauzează această problemă, dar se consideră că este posibil să fie implicată o hiperactivitate a sistemului imunitar. De asemenea, se pare că şi ereditatea are un rol – ulcerele bucale recurente par să „existe în familie".

De asemenea, carenţele de vitamine şi minerale pot produce aceste simptome, iar persoanele care suferă de boala Crohn, de colice ulcerative şi boală celiacă tind de asemenea să sufere de ulcere bucale recurente.

În general, intoleranţa alimentară nu reprezintă o cauză a ulcerelor bucale recurente, dar există cu siguranţă cazuri în care aceste ulcere dispar în timpul unei diete prin eliminare. Persoanele care au simptomele clasice de alergii, cum sînt cele care suferă de rinită sau astm (alergice), sînt mai predispuse să intre în această categorie decît altele. În situaţia celor care suferă de ulcere recurente cauzate de mîncare, există şi alte simptome provocate de alimente, dar cîteodată ulcere bucale recurente reprezintă singurele simptome ale sensibilităţii la alimente.

Nu se ştie cum poate mîncarea să provoace ulcere bucale. Orice mîncare poate fi responsabilă de aceste simptome, ca în toate formele de intoleranţă alimentară, dar există dovezi că glutenul – amestecul de proteine din grîu, secară şi orz – este un ingredient problematic comun. Deci oricine suferă de ulcere bucale ca simptom principal sau ca simptom unic poate încerca o dietă fără gluten înainte să înceapă o dietă prin eliminare. Dacă persoana răspunde bine la dieta ce implică eliminarea glutenului, aceasta ar trebui să ia în considerare posibilitatea de a investiga existenţa unei boli celiace, deoarece ulcerele bucale recurente pot fi un simptom al acesteia (vezi capitolul 7).

O dietă diferită în vacanţă

În ultimii 15 ani, John a suferit de ulcere bucale recurente. Cîteodată acestea erau atît de dureroase, încît nu putea să mănînce timp de cîteva zile. Pînă la urmă se vindecau, pentru a reapărea însă după cîteva săptămîni. În timpul unei lungi vacanţe în Asia de Sud-Est, ulcerele bucale ale lui John nu au mai reprezentat o problemă şi acest lucru l-a făcut să se întrebe dacă nu cumva mîncarea era problema, deoarece acolo el a avut o dietă diferită faţă de cea obişnuită. Curînd după ce s-a întors acasă, ulcerele bucale au început să îl deranjeze din nou. Medicul său i-a sugerat că, datorită faptului că a fost în vacanţă şi fără stres, s-a înregistrat o vindecare temporară, dar John a subliniat că această vindecare nu a mai apărut şi în alte vacanţe anterioare. Alimentele pe care le consumase în cantităţi foarte mici în Asia de Sud-Est fuseseră pîinea, laptele, untul şi brînza, prin urmare s-a decis să elimine aceste ingrediente din alimentaţia sa pentru o perioadă. Nu a apărut nici o îmbunătăţire, iar medicul i-a sugerat lui John că ar trebui să elimine şi alimentele ce conţineau grîu, cum ar fi biscuiţii, produsele de patiserie şi pastele. De îndată ce a făcut acest lucru, ulcerele bucale s-au ameliorat considerabil, dar nu au dispărut. Prin urmare, medicul l-a îndrumat să încerce o dietă care implica eliminarea glutenului, scoţînd din alimentaţie orzul şi secara, precum şi grîul. Urmînd acest regim alimentar, John nu a mai suferit de ulcere bucale de peste doi ani.

Greaţa şi indigestia

Fiecare dintre noi suferă de indigestie din cînd în cînd. De departe cele mai comune cauze ale acesteia sînt: faptul că mîncăm prea repede, faptul că încercăm să mîncăm cînd sîntem anxioşi, agitaţi, nervoşi, supăraţi sau tensionaţi, că mîncăm în timp ce muncim, că ne agităm imediat după ce am luat masa, că mîncăm noaptea tîrziu sau pur şi simplu pentru că

Scanned with OKEN Scanner

mîncăm prea mult. Fumatul înrăutăţeşte lucrurile, la fel şi consumul excesiv de alcool, mîncărurile foarte acide, foarte condimentate, cu prea mult ulei sau prea multă grăsime. Consumarea unor mari cantităţi de suc de fructe poate produce indigestie la unele persoane: atunci cînd consumăm un fruct, stomacul are timp să îşi ajusteze fluxul de acid gastric; cînd consumăm un pahar mare de suc de fructe, lucrurile nu mai stau la fel. Există anumite alimente care provoacă indigestie şi, prin urmare, acestea trebuie pur şi simplu evitate. În alte cazuri, ameţeala şi indigestia sînt pur şi simplu psihosomatice: nu „imaginare", ci expresiile fizice ale unor probleme emoţionale profunde care stau la baza acestora.

Infectarea cu bacteria *Helicobacter pylori*, care poate cauza ulcerul digestiv (ulcerul stomacal sau ulcerul duodenal), poate reprezenta cîteodată cauza stării de ameţeală şi a indigestiei. Alte posibilităţi includ pietrele biliare, hernia defragmatică şi, foarte rar, cancerul de stomac. Dacă indigestia dumneavoastră devine foarte severă sau foarte frecventă, dacă vă pierdeţi pofta de mîncare, dacă scădeţi în greutate sau începeţi să vomitaţi în mod regulat este posibil ca la baza acestor simptome să fie o problemă foarte serioasă, a cărei cauză trebuie investigată de medicul dumneavoastră.

Intoleranţa la mîncare poate provoca uneori stări de ameţeală şi indigestie, deşi rareori acesta este singurul simptom. Se pare că, dacă alimentul afectează stomacul în acest fel, atunci el afectează întregul sistem digestiv. Prin urmare, apare şi diareea sau alte simptome intestinale.

Mai mult lapte a dus la înrăutăţirea simptomelor

Ca multe mame cu copii mici, Maggie a descoperit că este dificil să-şi facă timp pentru a lua un mic dejun sau un prînz sănătos. Ea recupera acest lucru luînd o cină generoasă seara împreună cu soţul ei, în urma căreia de obicei suferea de indigestie. Sugînd pastile pentru indigestie, ea îşi putea linişti stomacul pînă cînd se ducea la culcare, dar patternul se repeta a doua zi. Pînă la urmă durerea de stomac a devenit destul de severă şi a început să aibă o stare generală de rău. Cînd copiii au început să meargă la şcoală, starea ei s-a îmbunătăţit, dar tot suferea de indigestie foarte frecvent. Acum ea avea un loc de muncă ca recepţioneră la o clinică de chirurgie a unui medic, şi acesta a remarcat faptul că Maggie consuma în mod constant pastile contra indigestiei. El a descoperit că Maggie nu consultase niciodată un medic în legătură cu problema ei, care exista acum de peste opt ani, şi i-a sugerat că ar trebui să facă acest lucru. După ce i-a făcut un examen atent, medicul personal a decis că nu avea nici o problemă severă şi i-a sugerat să încerce să se relaxeze şi să mănînce mai lent. De asemenea, i-a recomandat să aibă o dietă mai uşoară, prin urmare Maggie a început să mănînce mai multă brînză de vacă şi să bea lapte de vacă cald în loc de ceai. După două săptămîni indigestia sa se înrăutăţise puternic, în nici un caz nu se îmbunătăţise, ceea ce a ajutat-o să descopere cauza problemei. Maggie a făcut un experiment şi a decis să elimine complet laptele din regimul său alimentar; indigestia s-a a dispărut complet cîteva zile mai tîrziu. Urmînd o dietă fără lactate, ea şi-a menţinut starea de sănătate.

Arsurile stomacale

Sînt cauzate de obicei de conţinutul stomacului, care este acid şi urcă în esofag (tubul care face legătura între gură şi stomac). Termenul medical corect pentru această problemă este *reflux gastroesofagian* sau *RGE*. (Un alt termen folosit pentru aceeaşi problemă este *tulburarea de reflux gastroesofagian* sau *TRGE*.) Comunicarea dintre esofag şi stomac este redusă, astfel încît să se prevină întoarcerea conţinutului stomacal în esofag – acest lucru se

Scanned with OKEN Scanner

realizează cu ajutorul sfincterului esofagian. Sînt cunoscute cîteva alimente care lărgesc sfincterul esofagian şi contribuie la problema numită „arsură stomacală". Acestea includ menta şi izma-creaţă (o specie de mentă), alcoolul, cafeaua şi ciocolata. De asemenea, mesele cu multă grăsime cresc cantitatea de reflux stomacal. Evitarea acestor alimente poate ajuta în mod substanţial la eliminarea arsurilor stomacale.

Puteţi, de asemenea, să eliminaţi alimentele ce stimulează mucoasa stomacală să producă acid gastric şi să facă conţinutul acestuia mai acid : acestea includ ceaiul şi laptele (în mod ironic, e un mit că ele sînt utile în arsurile stomacale, deoarece neutralizează aciditatea doar temporar, apoi stimulează producerea de acid gastric). Cafeaua, alcoolul şi ciocolata de asemenea stimulează producerea de acid gastric, dar acestea trebuie evitate oricum (vezi mai sus). În sfîrşit, alimentele care irită în mod direct esofagul în drumul lor către stomac (mai ales chili şi alte condimente iuţi, portocalele, lămîile şi sucul de grapefruit, precum şi produsele concentrate din roşii) trebuie evitate dacă simptomele persistă. De asemenea, trebuie evitate mesele luate la ore foarte tîrzii.

Diareea

Funcţionarea intestinului variază foarte mult de la o persoană la alta, ceea ce face dificilă definirea diareei. În cazul unor persoane, eliminarea materiilor fecale o dată pe zi pare să fie normală, în timp ce alte persoane fac acest lucru o dată la două sau trei zile, iar altele merg la baie de două ori pe zi sau chiar mai des. O întrebare importantă este dacă „media" este acelaşi lucru cu „normalul şi sănătosul". Un sondaj făcut pe 300 de adulţi aparent sănătoşi a arătat că aproximativ o treime din ei erau convinşi că au probleme intestinale (diaree, constipaţie etc.), deşi cei mai mulţi nu consultaseră un medic pentru problema lor. Rezultatele acestui studiu pot fi interpretate în două moduri. Fie demonstrează că funcţionarea intestinală a oamenilor este diferită şi că nu se poate stabili un pattern de normalitate, fie demonstrează că un mare procent din populaţie suferă de probleme intestinale minore.

În general, un pattern intestinal sănătos *este simţit* ca fiind sănătos, indiferent dacă mergeţi la baie de trei ori pe zi sau de trei ori pe săptămînă. Există o regularitate a acestui pattern – nu este intermitent. Materiile fecale sînt destul de tari şi bine formate (dar nu foarte tari) şi nu există o nevoie urgentă de a defeca, nici nu există dificultăţi sau disconfort cînd se foloseşte toaleta. Nu există o senzaţie de indispoziţie sau durere nici înainte, nici după şi eliminarea este resimţită ca fiind completă, nu ca şi cum ar mai fi materii fecale ce trebuie eliminate. În cazul diareei, materii fecale moi sau semilichide sînt eliminate de cîteva ori pe zi ; există nevoia imperioasă de a merge la baie, şi asociată de obicei cu o senzaţie de greaţă.

În esenţă, diareea este o modalitate de a elimina toxinele, bacteriile dăunătoare sau alte substanţe nedorite din corp – este o reacţie normală şi necesară la infecţie şi în mod normal ar trebui să fie considerată o problemă doar dacă nu are un scop folositor. (Totuşi, diareea severă poate duce la deshidratare deoarece se pierde foarte multă apă şi acest lucru poate fi periculos.)

Cauzele diareei pot fi diverse. Infecţiile reprezintă cauza cea mai frecventă – ele tind să declanşeze o diaree care trece de la sine în cîteva zile, dacă nu se mai consumă mîncare. Cîteodată, o coerenţă temporară de lactază enzimatică (vezi capitolul 9) urmează unei infecţii şi acest lucru poate perpetua diareea dacă se consumă lapte. De asemenea, diareea poate fi cauzată de fructoză, precum şi de sorbitol şi xilitol dacă acestea există în regimul alimentar obişnuit (vezi capitolul 10). Unele persoane suferă de diaree în sezonul în care apare polenul sau de-a lungul întregului an ca rezultat al reacţiilor încrucişate cu anumite fructe şi legume (vezi capitolul 5). De asemenea, diareea poate fi un simptom al

Scanned with OKEN Scanner

unor probleme intestinale mai serioase (vezi capitolul 7), dar în aceste cazuri de obicei există şi alte simptome.

Diareea provocată de intoleranţa la mîncare de obicei este o formă uşoară, deşi ocazional pot apărea crize mai severe, probabil ca răspuns la o schimbare în regimul alimentar sau ca reacţie la stres. De asemenea, pot exista perioade în care intestinele funcţionează normal sau pot exista episoade scurte de constipaţie. Unii medicii încă diagnostichează acest tip de diaree cronică – *fără* dureri asociate – ca fiind o formă de sindrom de colon iritabil (SCI), deşi criteriile standard de stabilire a diagnosticului precizează acum că existenţa durerilor reprezintă o caracteristică definitorie a SCI (vezi capitolul 12).

Constipaţia

Dificultatea de a stabili dacă funcţionarea intestinului este „normală" sau „sănătoasă" este la fel de mare ca şi în cazul diareei (vezi mai sus). În general nu se pune problema frecvenţei eliminării fecalelor, ci a simptomelor care sînt asociate – dacă există senzaţia de balonare şi disconfort sau nevoia de a defeca, dificultatea de a defeca, senzaţia de evacuare incompletă, atunci se vorbeşte despre constipaţie. Materiile fecale foarte tari şi uscate sînt de asemenea parte a întregului tablou simptomatic. (Un pacient poate fi constipat şi totuşi să meargă la baie de mai multe ori pe zi – toate scaunele sînt mici, tari, uscate şi dificil de eliminat.)

La unele persoane, constipaţia reprezintă principalul simptom al bolii celiace (vezi capitolul 7). Constipaţia asociată cu dureri abdominale este în general considerată a fi o formă de SCI (vezi capitolul 12).

Constipaţia care nu este asociată cu durere sau cu altă problemă, cum este boala celiacă, se poate datora intoleranţei alimentare. Această problemă este destul de neobişnuită în cazul adulţilor, dar lucrurile nu stau aşa şi în cazul copiilor, mai ales al celor care au suferit de o sensibilitate la un anumit aliment cînd erau bebeluşi (vezi capitolul 17).

Lipsa de fibre în dietă reprezintă cauza comună a constipaţiei – dar soluţia *nu* este consumarea unor mari cantităţi de tărîţe. Instrucţiuni legate de modul în care poate fi crescut aportul de fibre obişnuit sau folosirea de agenţi cu efect laxativ pot fi găsite în capitolul 12.

Articulaţiile şi muşchii

Durerile musculare (mialgia)

Durerile musculare generalizate, dar uşoare, pot reprezenta un simptom al intoleranţei alimentare, deşi este neobişnuit. Un grup de pacienţi cu intoleranţă alimentară care prezintă în mod regulat dureri musculare printre simptome sînt copiii hiperactivi (vezi capitolul 17).

Durerile articulare (artralgia)

Relaţia dintre sensibilitatea la alimente şi artrita reumatoidă este discutată în capitolul 13. Şi alte forme de artrită inflamatorie pot răspunde la o dietă prin eliminare, mai ales reumatismul palindromic sau artritele episodice ; despre acestea s-a discutat de asemenea în capitolul 13.

Bolile care fac mucoasa intestinală mai permeabilă la moleculele alimentare pot produce de asemenea dureri la nivelul încheieturilor – acestea includ boala Crohn, boala celiacă şi

Scanned with OKEN Scanner

colita ulceroasă. Dacă boala care stă la baza simptomelor este vindecată, durerile articulare încetează.

Intoleranţa alimentară poate cauza dureri articulare la unele persoane. Acest gen de probleme articulare este numit *artralgie*, şi nu artrită, deoarece nu există nici o inflamaţie evidentă a articulaţiei. Cel mai probabil, primele articulaţii afectate vor fi cele mai intens solicitate, cum sînt genunchii, dar ulterior durerea se poate răspîndi şi la altele. Presupunînd că artrita reumatoidă, osteoartrita şi alte cauze posibile ale problemei au fost eliminate în urma unei investigaţii medicale minuţioase, atunci intoleranţa alimentară este cauza cea mai probabilă pentru durerile articulare. Acest lucru este valabil mai ales la pacienţii care au o varietate de alte simptome minore, precum dureri de cap/migrene şi probleme intestinale. Studiile au demonstrat că între 50 şi 85% dintre aceşti pacienţi răspund la o dietă prin eliminare.

Durerile de spate

Majoritatea durerilor de spate sînt un rezultat al accidentelor sau al solicitării excesive a spatelui. Însă, în cazuri foarte rare, durerile de spate îndelungate dispar în urma unei diete prin eliminare. În toate aceste cazuri au existat şi alte simptome, cum ar fi dureri articulare, musculare sau SCI.

Inima şi vasele de sînge

Aritmia

Există multe cauze posibile pentru faptul că inima nu bate regulat (condiţie numită uneori palpitaţie) şi, deoarece orice tulburare ce afectează inima poate fi serioasă, este bine să cereţi sfatul unui medic fără întîrziere. Dacă nu se identifică nici o problemă serioasă, atunci s-ar putea să consumaţi prea multă cofeină sau să vă hiperventilaţi (vezi pp. 231-232). Unii medici susţin că sensibilitatea la anumite alimente – foarte rar – poate cauza neregularităţi în bătăile inimii şi acest aspect merită să fie investigat dacă toate celelalte cauze posibile au fost eliminate.

Durerile în piept

Durerile în piept sînt raportate ca un simptom al intoleranţei alimentare de către unii medici, dar cu siguranţă acesta nu este un simptom obişnuit. Există multe alte posibile cauze, unele dintre ele fiind serioase şi necesitînd atenţie imediată. Dacă medicul dumneavoastră nu poate găsi cauza durerilor din piept, atunci s-ar putea posibilitatea să vă hiperventilaţi (vezi pp. 231-232).

Capul

Durerile de cap

Creierul ca organ nu are receptor pentru durere. Dar vasele de sînge care vascularizează creierul şi membranele ce îl înconjoară (*meningele*) simt durerea. Aceasta provoacă durerile de cap.

Scanned with OKEN Scanner

Foarte multe persoane au dureri de cap din cînd în cînd şi de obicei acestea nu reprezintă un motiv de îngrijorare. Durerile de cap *regulate* reprezintă un semn al faptului că ceva nu este în regulă şi ignorarea lor, prin luarea unui calmant şi trecerea cu vederea a unei posibile cauze, reprezintă o greşeală. Durerile de cap uşoare sau moderate sînt în general considerate a fi psihosomatice (vezi p. 224). Accese bruşte de dureri de cap recurente severe sau durerile de cap zilnice pot fi un semn al unei boli serioase, cum este meningita sau tumora craniană – în acest caz este nevoie de ajutor medical.

Durerile de cap recurente sînt raportate frecvent ca o caracteristică a intoleranţei alimentare şi la unele persoane poate reprezenta unicul simptom. Totuşi, de obicei există şi o altă problemă. De asemenea, hiperventilaţia (vezi pp. 231-232) poate fi o cauză a durerilor de cap.

Migrenele

Definirea migrenelor nu este o sarcină uşoară. În general migrena este descrisă ca fiind o durere de cap severă, însoţită de zvîcnirea tîmplelor, de obicei pe o singură latură a capului. De obicei este însoţită de ameţeală, iar persoana este deranjată de zgomotele şi luminile puternice – sau de orice lumină (*fotofobie*). Unele persoane prezintă de asemenea vedere scindată, doar pe jumătate, văd luminiţe ori au alte probleme vizuale – acest tip de migrenă este numit *migrenă clasică*. Atunci cînd nu apare nici un fenomen vizual se foloseşte termenul *migrenă obişnuită*. În ambele tipuri de migrenă pot exista indicii că un acces este iminent (premoniţii ale migrenei) – acestea pot fi efectele vizuale sau schimbările de dispoziţie.

Medicii folosesc criterii diferite pentru a diagnostica migrenele. Unii vă vor spune că nu aveţi migrenă decît dacă vă simţiţi ameţiţi şi dacă vă zvîcneşte capul. Alţii susţin că durerea trebuie să fie atît de puternică încît să nu puteţi face nimic – dacă vă puteţi desfăşura activitatea, atunci nu este migrenă. În realitate, migrena refuză să se încadreze în aceste definiţii rigide.

Mulţi pacienţi ce suferă de migrenă au simptome diferite. Cîteodată accesele îi dezabilitează pur şi simplu sau îi fac să vomite violent, iar alteori au simptome destul de uşoare, dar aceleaşi simptome caracteristice migrenei. Chiar dacă este o simplă durere în cap, migrena pare să întrerupă funcţionarea mintală şi percepţia lumii, deşi dispar problemele vizuale caracteristice migrenei clasice. Senzaţiile de dezorientare, de detaşare, de ameţeală sînt simptome ce diferenţiază migrena de durerea de cap obişnuită, chiar dacă durerea este uşoară şi nu apare zvîcnirea tîmplelor sau ameţeala.

O caracteristică a migrenei este faptul că pacienţii ştiu ce anume le declanşează accesele. În cazul unor persoane este alcoolul, în cazul altora – anumite mîncăruri. Alteori sînt luminile puternice sau intermitente, televizorul, băile fierbinţi, şocul sau somnul îndelungat. Deşi aceasta pare să fie o listă destul de amestecată, este uimitor cît de des pacienţii ce suferă de migrene vorbesc despre aceiaşi factori declanşatori – în special luminile puternice şi dormitul prea mult timp. Deşi stresul reprezintă un astfel de factor, migrena apare de obicei după ce presiunea dispare – astfel, se vorbeşte despre migrene de weekend sau despre migrene ce apar în primele zile de vacanţă.

Migrena apare de obicei în intervalul de vîrstă 20-30 de ani, dar există şi ghinionişti care o dezvoltă în copilărie. Cîteodată copiii suferă mai mult la nivelul stomacului decît la nivelul capului, voma fiind principala caracteristică a accesului. Ei pot avea accese de vomă fără ca la început să îi doară capul, durerea de cap unilaterală apărînd pe măsură ce cresc.

În ciuda faptului că există foarte multe studii asupra migrenelor, încă nu este foarte clar ce anume se întîmplă în timpul unui acces. Apar multiple modificări, unele implicînd

Scanned with OKEN Scanner

celulele nervoase din creier, altele implicînd vasele de sînge din creier, care se dilată şi se contractă.

Avînd în vedere faptul că nu există un remediu, principala formă a tratamentului convenţional este administrarea de medicamente calmante, care pot opri un acces sau îl pot măcar ameliora. De asemenea, pacienţii sînt sfătuiţi să încerce să identifice factorii declanşatori specifici lor şi să îi evite.

Relevanţa intoleranţei alimentare în cazul migrenei este dezbătută aprins. Opinia convenţională este că anumite ingrediente (ciocolata, brînza etc.) pot acţiona ca factor declanşator, dar că alimentele consumate în mod obişnuit, cum sînt grîul şi laptele, cel mai probabil nu au cum să joace un rol în declanşarea migrenei. Totuşi, cîteva cercetări ştiinţifice conduse cu atenţie au dus la obţinerea unor rezultate bune, folosind dieta prin eliminare în cazul pacienţilor care sufereau de migrene puternice. Unul dintre aceste studii, ce a implicat copii cu migrenă severă, este descris la pp. 198-199. Studiile asupra adulţilor au arătat că aproximativ 70% dintre pacienţi îşi revin foarte bine după ce sînt trataţi în acest mod.

Alimentul-problemă identificat într-o dietă prin eliminare pare să acţioneze într-un mod diferit decît cele care sînt în general acceptate, cum ar fi ciocolata şi brînza (care pot avea acţiuni diferite, afectînd vasele de sînge din creier). Cînd aceste alimente sînt eliminate din regimul alimentar obişnuit, de obicei migrenele dispar *complet*, în timp ce excluderea alimentelor-problemă clasice nu face decît să reducă frecvenţa migrenelor.

Mai mult decît atît, după ce urmează o dietă prin eliminare şi, prin urmare, evită mîncărurile la care au intoleranţă (grîu, lapte sau oricare alt ingredient ce este identificat în timpul fazei de testare a regimului alimentar), de obicei pacienţii constată că pot tolera factorii declanşatori, atît alimentari, cît şi nonalimentari. Se pare că alimentele-problemă au şi efecte mai grave, care determină o creştere a vulnerabilităţii corpului la modificările externe. În această stare vulnerabilă, o mulţime de lucruri – luminile strălucitoare, stresul, ciocolata sau pîlpîitul ecranului televizorului – pot deranja echilibrul delicat şi predispuñ întregul sistem la un acces de migrenă. Odată ce intoleranţa la mîncare a fost diagnosticată şi alimentele declanşatoare sînt evitate, întregul sistem este mai stabil şi poate face faţă mai bine circumstanţelor externe.

Nu se cunoaşte cum determină intoleranţa la mîncare această instabilitate. Un studiu realizat sugerează că pacienţii ce sufereau de migrenă, deşi aparent nu erau atopici (înclinaţi spre a dezvolta alergii), aveau de fapt o reacţie minoră a celulelor mast/IgE la mîncare, atunci cînd aceasta intra în contact cu mucoasa intestinală. Acest lucru determină o inflamaţie locală, face ca peretele intestinului să fie mai permeabil şi, prin urmare, este posibilă trecerea mai multor molecule alimentare prin acesta. Acest fenomen provoacă un răspuns imunitar în sînge, deşi nu este clar cum acest lucru îi face pe oameni susceptibili la migrene.

Deşi dieta prin eliminare este utilă pentru multe persoane ce suferă de migrene, probabil că nu merită să fie încercată de către cei care suferă de dureri de cap în mod ocazional – o dată pe lună sau mai rar – şi dacă nu apar şi alte simptome ce sugerează o sensibilitate la un anumit tip de mîncare. În aceste circumstanţe ar fi dificil de spus dacă excluderea mîncărurilor respective are vreun efect, exceptînd situaţia în care apar şi alte simptome. De asemenea, testarea poate să fie destul de neconcludentă. Dar orice persoană care suferă de migrene în anumite perioade – de exemplu, în timpul perioadei menstruale – merită să urmeze o dietă prin eliminare, începînd faza de excluziune cu aproximativ cinci zile înainte de perioada în care apar de obicei migrenele.

Tensiunea musculară generalizată, cauzată de stresul psihologic, contribuie de asemenea la apariţia migrenei, probabil datorită faptului că tinde să se concentreze pe muşchii umerilor şi gîtului. A învăţa cum să se relaxeze poate fi foarte benefic pentru cei care suferă de migrene, chiar dacă intoleranţa la mîncare *este* cauza reală a problemei. O dietă prin

Scanned with OKEN Scanner

eliminare poate face minuni, dar pentru multe persoane ce suferă de migrene reprezintă doar o parte a soluției. Ele trebuie să adopte și o atitudine mai calmă față de viață pentru a obține o sănătate psihică mai bună și să se protejeze și de alte boli induse de stres.

Stres sau intoleranță alimentară?

Tom avea aproape 40 de ani cînd a început să aibă migrene. Avînd în vedere faptul că lucra ca asistent social într-un adăpost pentru alcoolici și avea de asemenea și trei copii pe care trebuia să îi îngrijească, el a considerat că aceste simptome se datorează stresului. De-a lungul următorilor zece ani problema s-a agravat treptat, pînă cînd Tom a ajuns în situația în care avea rareori o zi în care nu îl durea capul. De asemenea, era foarte obosit și nu avea energia necesară pentru a se alătura activităților familiale sau pentru a-i supraveghea pe copii în weekend. Acest lucru a dus în mod inevitabil la certuri și căsnicia lui era în pericol de a se destrăma.

În speranța de a-și îmbunătăți sănătatea și de a-și salva căsnicia, Tom și soția lui au decis să se mute la țară și el a renunțat la locul său de muncă de asistent social pentru a se angaja la o grădină publică, unde salariul nu era la fel de mare, dar munca era mai puțin solicitantă. Schimbarea domiciliului a implicat și înscrierea la un alt medic, care cerea tuturor pacienților săi noi să îl viziteze pentru un control inițial. Medicul a petrecut ceva timp cu Tom și l-a întrebat de ce crede el că are dureri de cap și este obosit. „Stresul", a răspuns Tom fără ezitare. „Acesta este motivul pentru care ne-am mutat aici." Medicul i-a sugerat să se întoarcă și să facă un nou consult după un an de zile, perioadă care îi acorda suficient timp pentru a se acomoda și pentru a observa efectele pe care le are o viață mai liniștită asupra organismului său.

Tom a făcut acest lucru și a povestit ulterior că, deși existau ceva îmbunătățiri, acestea nici măcar nu se apropiau de ceea ce sperase el și era în continuare obosit, avînd migrene de cîteva ori pe săptămînă. Medicul i-a sugerat că ar trebui să încerce să-și schimbe regimul alimentar, pe o perioadă de timp experimentală, și i-a spus să nu mănînce nimic altceva în afară de carne și legume și să bea doar apă plată timp de zece zile. La început Tom s-a simțit rău, avea dureri de stomac și migrene severe. Dar după o săptămînă el a remarcat îmbunătățiri remarcabile, simțindu-se din nou energic și nemaiavînd dureri de cap. Apoi medicul i-a explicat lui Tom că ar trebui să încerce să testeze alimentele pe rînd, lucru pe care el l-a făcut. Pentru a testa grîul, a mîncat spaghete. La doar o oră după ce a mîncat pastele respective el a simțit că „este din nou cel vechi, bolnav" și simptomele au revenit, mai puternice – extenuare, depresie, amețeală și durere de cap pulsatilă unilaterală. Laptele de vacă, portocalele și secara au avut efecte similare. După ce a evitat aceste ingrediente timp de un an de zile, Tom a descoperit că acum poate să le consume, ocazional, fără a avea reacții adverse. Copiii săi au fost uimiți și încîntați de transformarea tatălui lor, care acum joacă fotbal cu ei, îi duce la înot și este o persoană cu care e plăcut să-ți petreci timpul. Apoi familia a decis că le place viața la țară, dar Tom plănuiește să își reia activitatea de asistent social în localitatea în care s-au mutat.

Ochii, nasul, gîtul și plămînii

Ochii roșii, iritați sau umezi

Ocazional, sensibilitatea la mîncare poate produce simptome la nivelul ochilor sau în zona învecinată. Cauzele mai probabile, cum ar fi o infecție sau o sensibilitate la agenți alergeni din aer, trebuie, evident, eliminate înainte să se tragă o concluzie legată de intoleranța alimentară.

Scanned with OKEN Scanner

Alte simptome

Retenţia de apă (edemul)

Simptomele edemului sînt creşterea bruscă în greutate şi o umflare generală a corpului, cel mai uşor remarcabilă la nivelul ochilor, în general la nivelul feţei şi în jurul încheieturilor. Cea mai întîlnită cauză a edemului este o boală a rinichilor şi este important ca orice persoană care prezintă aceste simptome să consulte un medic fără întîrziere. Edemul este raportat şi în cazul unor pacienţi cu intoleranţă alimentară.

Crizele epileptice

Epilepsia este o tulburare a creierului, în care un grup de celule nervoase ce devin hiperactive trimit semnale electrice foarte puternice care copleşesc alte părţi ale creierului.

Copiii care suferă de migrene severe au cîteodată astfel de crize, probabil de natură epileptică. Studiile făcute la spitalul Great Ormond Street din Londra au demonstrat că eliminarea anumitor alimente îi poate ajuta pe aceşti copii (vezi pp. 198-199), crizele dispărînd odată cu migrenele. Prin urmare, merită să se ia în considerare alimentaţia în cazul copiilor epileptici, dar numai dacă aceştia au şi migrene.

Înroşirea, transpiraţia şi frigurile

Înroşirea şi transpiraţia sînt reacţii normale la temperaturi prea ridicate – ambele ajută organismul să se răcească. De asemenea, ele apar şi ca urmare a unor reacţii nervoase la diverse emoţii – frică, jenă, furie sau excitare – şi reprezintă simptome frecvente la femeile aflate la menopauză. Înroşirea şi transpiraţia reprezintă un motiv de îngrijorare doar dacă apar în mod regulat fără o cauză evidentă.

Persoanele care suferă de intoleranţă alimentară declară cîteodată că se înroşesc, sau transpiră, sau ambele, pe lîngă alte simptome. De asemenea, ele povestesc că li se face frig uşor sau că „sînt sensibile la frig". Cîţiva pacienţi prezintă febră uşoară, fie intermitentă, fie în cea mai mare parte a timpului. Impresia generală este că aceşti pacienţi au dificultăţi în a-şi controla temperatura corpului – sau în a se adapta la schimbările normale ale temperaturii aerului. Este foarte posibil ca acesta să fie singurul simptom al intoleranţei alimentare.

Oboseala

Oboseala excesivă, care nu dispare în urma odihnei, poate fi un semn al unei tulburări mintale, cum este depresia. De asemenea, poate fi cauzată şi de alţi factori – de exemplu, multe boli infecţioase, probleme emoţionale, anemie sau o funcţionare proastă a glandei tiroide. Cîteodată, starea de oboseală persistă pentru o perioadă lungă după o infecţie virală.

Starea de oboseală este frecvent raportată ca un simptom al intoleranţei alimentare, mai ales cînd este asociată cu migrene şi SCI. Pentru multe persoane această stare de oboseală este la cote maxime dimineaţa, astfel încît pacienţii prezintă dificultăţi în a se trezi şi se simt foarte rău cînd se ridică din pat. În timpul zilei, starea de oboseală se ameliorează.

Analizînd cazurile trecute, se pare că extenuarea reprezintă un semnal timpuriu al dezvoltării intoleranţei alimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Pacienții care suferă de sindromul oboselii cronice (SOC) prezintă cîteodată o îmbunătățire a stării lor după ce urmează o dietă prin eliminare și identifică alimentele declanșatoare care înrăutățesc simptomele. Totuși, există diverși factori care cauzează acest sindrom, iar intoleranța la mîncare este doar o mică parte a tabloului general.

Nimeni nu ar trebui să înceapă o dietă prin eliminare fără a se consulta mai întîi cu medicul său, dar acest lucru este important mai ales în cazul persoanelor care suferă de oboseală cronică. Pot exista și alte cauze severe care determină această problemă, iar unele dintre ele sînt boli serioase.

Sindromul premenstrual

Unii medici raportează faptul că o parte a pacienților lor, ce suferă de probleme premenstruale, înregistrează o îmbunătățire semnificativă a stării lor după ce urmează o dietă prin eliminare. De obicei, aceste persoane urmează această dietă deoarece au alte simptome, cum sînt migrenele sau SCI. Evitînd alimentele ce le provoacă aceste simptome, ei descoperă că problemele lor premenstruale dispar sau devin mai puțin acute.

Simptome care au fost raportate în intoleranța alimentară

Multe simptome și tulburări au fost atribuite intoleranței alimentare de-a lungul anilor. Cele care vor fi prezentate mai departe sînt menționate destul de regulat ca avînd legătură cu mîncarea.

Scleroza multiplă

Scleroza multiplă este o boală degenerativă ce afectează nervii și creierul. Mai mulți medici au încercat să investigheze pacienții ce sufereau de scleroză multiplă ca să vadă dacă nu cumva au și intoleranță alimentară. Ei afirmă că, tratîndu-i pentru supradezvoltarea fungușilor în flora intestinală și eliminînd alimentele suspecte, simptomele pacienților pot uneori să se amelioreze foarte mult.

Unii pacienți tratați în acest fel s-au recuperat suficient de bine pentru a putea merge din nou, în condițiile în care anterior erau limitați la scaunul cu rotile. Totuși, este foarte dificil să știm dacă aceste îmbunătățiri se datorează tratamentului, deoarece scleroza multiplă este caracterizată de perioade naturale de remisie care au loc oricum. Prin urmare, nu există nici o dovadă concretă că aceste măsuri fac o diferență în privința acestei boli.

O teorie interesantă și mai generală, care este susținută de cîteva dovezi, este că ciocolata are un rol în dezvoltarea sclerozei multiple. În mod evident, nu determină această boală la oricine, dar există un mic număr de persoane care sînt neobișnuit de sensibile la un anumit ingredient al ciocolatei. Puținele dovezi existente sugerează că reacția este una foarte înceată, care apare chiar și după o săptămînă, prin urmare este posibil să nu fie evident faptul că consumul de ciocolată (sau al unei cantități deosebit de mari) declanșează deteriorarea condiției unui pacient care suferă de scleroză multiplă.

Unii pacienți care suferă de scleroză multiplă au stopat progresul acesteia eliminînd ciocolata din dieta lor. Deși deteriorările nervilor nu dispar, nu mai apar altele. Această măsură a fost eficientă și pentru persoanele ce prezentau deja simptome care indică dezvoltarea unei scleroze multiple, cum sînt țiuitul în urechi, amețeala și furnicăturile în degetele de la mîini și de la picioare.

În condițiile în care ciocolata nu reprezintă o parte esențială din regimul alimentar al unei persoane, din punct de vedere nutrițional, nu e nimic rău dacă este eliminată. Unii

Scanned with OKEN Scanner

medici îşi sfătuiesc pacienţii şi să renunţe la cafea, cola şi ceaiuri tari consumate în acelaşi timp, deoarece acestea conţin aceleaşi substanţe suspecte care se regăsesc şi în ciocolată.

Datorită faptului că există un ciclu de remisii temporare, aşa cum am menţionat mai devreme, este posibil să fie necesară o perioadă mai mare de timp ca să se elimine ciocolata, cafeaua şi ceaiul pentru a evalua în mod realist efectele.

Cîteva cercetări noi au descoperit o legătură între scleroza multiplă şi sinuzită – aceasta din urmă se regăseşte la peste 30% dintre pacienţii care suferă de scleroză multiplă. Prin urmare, este posibil ca o infecţie a sinusurilor să fie relevantă. Bacteria implicată în infecţia sinusurilor are o suprafaţă peptită ce este identică cu o parte a unei proteine esenţiale a mielinei, substanţa care izolează nervii şi care este afectată în această boală. Această asemănare poate declanşa o reacţie încrucişată din partea sistemului imunitar. Medicul David Wheldon de la spitalul Bedford şi-a tratat pacienţii cu scleroză multiplă cu antibiotice şi a obţinut rezultate extrem de încurajatoare.

„Era uimitor să mă simt atît de bine"

„Aveam frecvent dureri de cap, mai ales migrene şi dureri la nivelul sinusurilor, şi mă simţeam obosită tot timpul. Mă trezeam întotdeauna cu o senzaţie de rău, aveam dureri de stomac după ce mîncam, sufeream de astm, diaree şi o mulţime de probleme menstruale. La început medicul meu a fost grijuliu, dar de fiecare dată cînd mă duceam la el primeam un diagnostic diferit şi în cele din urmă a început să aibă o atitudine destul de iritată faţă de mine.

La un moment dat el a crezut că sufăr de encefalomielită mialgică, apoi de hiperventilaţie şi în final a spus că s-ar putea să fie primele stadii ale unei scleroze multiple, deoarece şchiopătam de un picior şi aveam dificultăţi în a mă mişca, avînd tendinţa de a cădea în faţă. Aveam accese puternice de acest tip, apoi ele dispăreau. De asemenea, aveam şi dureri la nivelul articulaţiilor, dar despre asta nu i-am mai spus medicului, deja existau prea multe alte probleme.

Am încercat diverse tratamente alternative, cum ar fi acupunctura, dar ele nu au determinat nici o îmbunătăţire. Într-un final am dat peste cîteva informaţii legate de regimul alimentar şi m-am gîndit că aş face bine să încerc să elimin anumite alimente. Am încetat să mănînc grîu, produse lactate, ciocolată şi zahăr şi am eliminat toate băuturile alcoolice. Efectul a fost uluitor. Toate simptomele au dispărut, chiar şi astmul, pe care îl aveam de ani de zile. De asemenea, nu am mai avut nici o criză de ameţeală sau de leşin după aceea. Cred că am fost pur şi simplu norocoasă că am ghicit că mîncarea ar putea să fie problema.

Numai după ce am eliminat aceste mîncăruri am realizat cît de bolnavă eram înainte. De îndată ce m-am simţit mai bine m-am repezit şi am curăţat casa şi am fugit în grădină ţopăind de bucurie – era uimitor să mă simt atît de bine."

Diabetul de tip I şi alte boli autoimmune

Diabetul este o reglare proastă a nivelului glucozei din sînge, cauzată de eliminarea insuficientă a hormonului *insulină* ce controlează acest nivel (vezi p. 29). Există două tipuri de diabet. O formă (tipul I) apare în copilărie şi se datorează formării de anticorpi împotriva celulelor insulare din pancreas, care produce insulină. Cealaltă formă (tipul II) apare la adulţi, de obicei la cei supraponderali, şi probabil că se datorează suprasolicitării celulelor insulare.

Medicii care profesează în domeniul sensibilităţii alimentare au observat că există reacţii la mîncare ce pot agrava diabetul de tip I şi alte boli autoimune – boli în care sistemul imunitar atacă celulele organismului. S-a demonstrat că, în cazul copiilor ce suferă de

Scanned with OKEN Scanner

diabet şi în acelaşi timp de boală celiacă sau prezintă un potenţial de dezvoltare a acestor boli, urmarea unei diete fără gluten face ca diabetul să fie mai stabil şi mai uşor de controlat (vezi p. 137).

Pacienţii cu lupus eritematos sistemic, altă boală autoimună, au de asemenea beneficii de pe urma dietei prin eliminare, atunci cînd sînt trataţi pentru reacţii la alimente – ceea ce sugerează că aceste sensibilităţi înrăutăţesc boala iniţială.

Alcoolismul

Aceasta este un subiect foarte controversat. Legătura care se afirmă că ar exista între intoleranţa la mîncare şi alcoolism se bazează pe cazurile mai multor alcoolici vindecaţi, mulţi dintre ei fiind în căutarea unui tratament pentru alte simptome. Indiferent care erau aceste simptome, mulţi dintre ei se plîngeau de stare de tensiune extremă, de extenuare, de dureri de cap continue şi de alte probleme. Acestea au părut atunci cînd ei au renunţat la băut, dar nu au dispărut în ciuda multor ani de abstinenţă. Unii au căutat tratament pentru aceste simptome deoarece deveniseră atît de greu de suportat, încît pacienţii se gîndeau să se reapuce de băut.

Conform medicilor care au tratat aceste cazuri, ele aveau un pattern comun. Pentru mulţi dintre aceşti pacienţi, dieta prin eliminare aparent a avut foarte mult succes – a dus la eliminarea tensiunii, oboselii şi a altor simptome. Foarte surprinzător a fost faptul că dorinţa de a consuma băuturi alcoolice a dispărut pentru prima oară. Atunci cînd au început să reintroducă alimente, ei au experimentat reacţii neobişnuite la o parte din ele: la unii pacienţi, anumite ingrediente se pare că produceau simptome asemănătoare stării de beţie. A ieşit la iveală faptul că alimentul în cauză conţinea un ingredient care exista şi în băutura pe care o consumase preponderent pacientul în trecut – cartofii în cazul celor care consumau votcă, grîu, orz sau porumb în cazul celor care consumau whisky şi struguri în cazul celor care consumau coniac.

Aceste descoperiri au fost făcute pentru prima oară de medicul Theron G. Randolph, unul dintre pionierii studiilor asupra intoleranţei alimentare în Statele Unite. Randolph a interpretat aceste rezultate în felul următor: pacienţii în cauză erau în esenţă intoleranţi la/dependenţi de o *mîncare*, iar cantităţi mici de proteine din aceasta rămîneau în băutura alcoolică. Aceste proteine pot trece prin peretele intestinal şi apoi în sînge mult mai uşor decît proteinele alimentare care sînt consumate în mod obişnuit, pur şi simplu pentru că o fac prin intermediul alcoolului. Alcoolicul este dependent atît de aliment, *cît şi* de alcool. Atunci cînd combinaţia dintre cele două este eliminată, alcoolicul vindecat continuă să consume alimentul-problemă. Prin urmare, dependenţa lui este menţinută şi el continuă să îşi dorească să consume băutura respectivă – aşa cum se exprima Randolph, această băutură era „varianta rapidă a alimentului de care era dependent". Dacă pacientul putea identifica alimentul-problemă şi îl evita o anumită perioadă, dependenţa persistentă dispărea.

Consecinţa revoluţionară a teoriei lui Randolph este că alcoolicii vindecaţi *pot* bea din nou, atît timp cît evită băuturile care conţin ingredientul-problemă. Datorită faptului că această idee contravine opiniei generale asupra alcoolismului – care interzice unui alcoolic vindecat să mai bea vreodată băuturi alcoolice –, studiul lui Randolph a fost respins de organizaţii cum ar fi Asociaţia Alcoolicilor Anonimi.

Deşi rezultatele sale în privinţa pacienţilor alcoolici au fost confirmate şi de alţi medici care lucrau în domeniu, teoriile sale privind cauza nu au fost studiate în mod sistematic. Problema proteinelor alimentare din băuturile alcoolice a fost analizată totuşi pînă la un anumit nivel, datorită riscului de boli coliace cauzate de proteinele din grîu existente în whisky. Perspectiva medicală este că nu există proteine sau peptide în whisky, deşi acest

Scanned with OKEN Scanner

lucru este controversat (vezi p. 146). Aceasta nu exclude posibilitatea că există molecule mai mici derivate din grîu, care supravieţuiesc procesului de distilare, prin urmare există în whisky şi sînt responsabile de tipurile de efecte descrise de Randolph.

Alte simptome raportate

Alte simptome atribuite intoleranţei alimentare sînt: foamea sau setea excesivă, spasmele musculare, crampele musculare, picioarele agitate, ameţeala, insomnia şi dormitul prea mult. Experimentele sugerează că nici unul dintre acestea nu este un indicator sigur al intoleranţei alimentare, deşi foamea şi setea excesive sînt frecvent raportate la copii cu ADHD (tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenţie – vezi p. 335) şi ocazional la copii cu sensibilitate la un aliment (vezi p. 333). Ameţeala este un simptom comun al hiperventilaţiei (vezi pp. 231-232).

Întrebări legate de candidoză

Timp de mai mulţi ani s-a raportat existenţa unei legături între intoleranţa la mîncare şi suprapopularea colonului cu un fungus, *Candida albicans*, un element obişnuit al florei intestinale. Acesta este un subiect foarte controversat şi există opinii contrare considerabile, chiar şi în rîndul medicilor care tratează intoleranţa alimentară şi sînt deci deosebit de interesaţi de subiect. Unii dintre aceştia neagă faptul că suprapopularea cu *candida* este o problemă obişnuită, în timp ce alţii afirmă că aceasta stă la baza majorităţii cazurilor de intoleranţă alimentară. Apoi mai este perspectiva conform căreia chiar există o problemă cauzată de prea mulţi funguşi în intestin, dar *candida* nu este singurul vinovat şi că trebuie să fie identificat adevăratul responsabil.

Candida albicans este un fungus pe care îl avem cel mai probabil cu toţii în intestine, iar la femei poate fi găsit şi în vagin. În mod normal, populaţia de candida este controlată de alţi microbi şi de organism şi nu provoacă nici o problemă. Un loc în care poate deveni foarte uşor o problemă este vaginul, dacă candidoza se multiplică excesiv. Principalul simptom este o mîncărime foarte supărătoare, însoţită cîteodată de o scurgere vîscoasă. Acest tip de infecţie cu *candida*, cunoscută sub numele de *vaginită*, este foarte uşor de tratat cu medicamente antifungice (candida este un tip de fungus). De asemenea, *candida* poate infecta şi vîrful penisului. Dacă ajunge în tractul urinar sau în vezica urinară a femeii, poate produce o formă de cistită.

Candidoza se poate dezvolta şi în gît, producînd dureri şi mici puncte roşii în interiorul gurii sau zone galbene vîscoase care lasă în loc o zonă dureroasă atunci cînd sînt îndepărtate. Bebeluşii sînt foarte predispuşi la asemenea infecţii, mai ales în gură, unde *candida* produce o „piele" cremoasă sau de culoare cenuşie la suprafaţa limbii. Sistemul imunitar al bebeluşului nu poate să controleze populaţia de candida la fel ca acela al adultului, prin urmare aceasta se dezvoltă foarte mult. De asemenea, unele cazuri de dermatită amoniacală sînt cauzate de *candida*.

Atunci cînd sistemul imunitar este slăbit, candida poate deveni o problemă mai serioasă. Persoanele care sînt infectate cu SIDA suferă foarte mult din cauza *candida* din gît şi gură. Alte persoane care au probleme imunitare severe pot dezvolta infecţii cu *candida* în ochi, rinichi, ficat sau creier, dar aceste cazuri sînt foarte rare.

Acestea sînt informaţiile clare legate de candidoză, în legătură cu care puţini medici ar avea de protestat. În privinţa altor aspecte există foarte multe controverse.

Unii medici consideră candidoza o cauză comună a diareei, flatulenţei şi balonărilor, însoţite cîteodată de dureri abdominale. Principalul motiv pentru care este acuzată *candida* este faptul că aceste simptome sînt cîteodată asociate cu mîncărimi în jurul anusului, iar în cazul femeilor de vaginite repetate. Intrigaţi de acest ansamblu de simptome, unii medici au încercat tratamente antifungice, constînd dintr-o dietă săracă

Scanned with OKEN Scanner

în zaharuri, combinată frecvent cu medicamente antifungice administrate pe cale orală timp de cîteva luni. Nistatinul, un medicament antifungic care nu este absorbit direct din intestin, este foarte larg folosit. În cazul unor persoane, acest tratament s-a dovedit foarte eficient în vindecarea diareei şi flatulenţei. (Tratamentul, atît de des folosit, include de asemenea şi evitarea funguşilor din mîncare. Rezultatele obţinute în cazul multor pacienţi au demonstrat că acesta este un aspect esenţial în tratamentul pe bază de dietă. Ele sugerează că este posibil să existe o reacţie de tip imunitar împotriva funguşilor din intestin şi că are loc o reacţie încrucişată între aceştia şi funguşii din alimente.)

Succesul tratamentelor bazate pe dietele sărace în zaharuri şi medicamente antifungice a dus la concluzia că *candida* este cu siguranţă o cauză a diareei şi flatulenţei şi de aceea această boală a fost numită „candidoză". Principala dovadă împotriva acestei concluzii este că nu se poate detecta o cantitate mai mare de *candida* în materiile fecale ale persoanelor ce suferă de candidoză decît cele ale persoanelor sănătoase. Principalul argument folosit împotriva acestei dovezi este că *candida* este, din diverse motive, imposibil de detectat prin metode convenţionale. *Candida* se poate dezvolta sub o altă formă, cunoscută ca *formă hifală*, care seamănă cu mucegaiul de pîine – lanţuri lungi de funguşi, în loc de celule individuale, rotunde, caracteristice unui fungus. În această formă hifală, continuă argumentarea, *candida* aderă puternic la perete intestinului şi, prin urmare, nu poate fi identificată în materiile fecale.

Este adevărat că *candida* îşi poate schimba forma în acest fel. (Mai mute tipuri de funguşi pot face acest lucru.) Dar nu există nici o dovadă că *candida* face într-adevăr acest lucru în intestin. Dacă s-ar întîmpla astfel, aproape sigur s-ar elimina celule de tipul fungusului *candida* şi acestea ar fi prin urmare detectate în număr neobişnuit de mare cu ajutorul testelor obişnuite. Medicii care au făcut studii intensive despre flora intestinală, cum este profesorul John Hunter de la spitalul Addenbrooke din Cambridge, consideră că această teorie este foarte improbabilă. „Dacă *ar fi existat* o dezvoltare masivă a fungusului *candida* la aceşti pacienţi, am fi găsit dovezi pînă acum. Realitatea este că ei au aceeaşi cantitate de *candida* în intestin ca orice altă persoană."

Testele cutanate pentru identificarea fungusului *candida* au fost utilizate pentru pacienţii cu intoleranţă alimentară şi suspecţi de candidoză şi s-au obţinut unele reacţii pozitive – aceşti pacienţi par să prezinte un răspuns imunitar de tipul IgE la anticorpii *candida*. Dar, de asemenea, şi unele persoane sănătoase obţin rezultate pozitive la testele cutanate pentru *candida*, prin urmare aceste teste nu au o valoare foarte relevantă. (Reacţiile încrucişate între diverse specii de funguşi sînt foarte întîlnite, prin urmare un test cutanat pozitiv nu poate fi considerat specific pentru *candida*.) Şi unele persoane care au fost diagnosticate cu candidoză nu obţin rezultate pozitive la testele cutanate. Pe scurt, *candida* începe să pară o fantomă.

Totuşi, rămîne realitatea că unele persoane *înregistrează* o ameliorare a diareei şi flatulenţei cînd urmează o dietă săracă în zaharuri şi funguşi şi iau medicamente antifungice. Presupunerea noastră în acest moment este că există într-adevăr o supradezvoltare a funguşilor în intestin, dar că nu este vorba despre *candida*.

De asemenea, este adevărat faptul că, cel puţin în cazul unor persoane, există şi alte simptome care dispar atunci cînd tratamentul antifungic are succes. Aceste simptome includ: oboseală, dificultăţi de concentrare, iritabilitate, dureri de cap, migrene, dureri articulare şi musculare, hipoglicemie (nivel scăzut de zahăr în sînge), probleme premenstruale, ciclu neregulat, sinuzită şi urticarie. De asemenea, s-au înregistrat şi cazuri de ameliorare a psoriazisului şi astmului în urma acestui tip de tratament, dar foarte rar. Care este cauza acestor simptome este o altă problemă, de asemenea foarte controversată.

Scanned with OKEN Scanner

Mintea şi corpul

Pot provoca reacţiile la mîncare simptome mintale? Nu este nevoie să mai spunem că acest subiect este foarte controversat. Mulţi medici care au tratat intoleranţa alimentară au observat că aceasta poate produce probleme mintale la unii pacienţi.

Ce dovezi ştiinţifice avem? Există cazuri în care studiile placebo dublu-orb controlate, realizate foarte atent cu un pacient individual, au confirmat în mod repetat reacţia. Cu alte cuvinte, cînd acestor pacienţi li se dădea alimentul-problemă într-o formă deghizată, ei au avut aceleaşi simptome mintale, în timp ce testul placebo (nu exista nici o urmă din alimentul-problemă în substanţa testată, deşi aceasta arăta şi avea acelaşi gust ca şi cea reală) nu producea aceleaşi simptome.

Cele mai întîlnite simptome mintale raportate sînt anxietatea şi depresia, dar boli mult mai serioase, inclusiv psihoza şi schizofrenia, au fost de asemenea atribuite alimentelor şi confirmate cu teste placebo dublu-orb controlate la unii pacienţi.

Este important de subliniat faptul că nu mîncarea este cauza celor mai multor simptome mintale. De asemenea, cei mai mulţi pacienţi care suferă de intoleranţă alimentară nu prezintă simptome mintale. Afirmaţia conform căreia sensibilitatea la un aliment determină de obicei probleme mintale este supravalorizată în unele publicaţii populare. Probleme psihologice reale au fost atribuite în mod greşit sensibilităţii la un aliment, atît de pacienţi, cît şi de practicieni necalificaţi.

Aceasta este doar una dintre controversele minte-corp asociate cu sensibilitatea la mîncare. La fel de intens disputate sînt şi simptomele pur fizice ale intoleranţei alimentare, pe care unii medici le clasifică ca fiind *psihosomatice* – cu alte cuvinte, sînt cauzate de psihic, deşi sînt simptome fizice reale. (Psihosomatic *nu înseamnă* că simptomele sînt pur imaginare – vezi p. 224)

Pentru a arăta extremele acestei controverse, pe de o parte avem medicii convenţionali, care consideră cele mai multe cazuri de „intoleranţă la mîncare" ca fiind probleme psihosomatice diagnosticate greşit, iar pe de altă parte sînt practicienii necalificaţi, care consideră cele mai multe „boli psihosomatice" ca fiind o intoleranţă alimentară nediagnosticată.

Efectul psihicului asupra corpului şi chestiunea cauzelor fizice şi emoţionale ale problemelor cronice de sănătate sînt de asemenea analizate aici. Mintea are puterea de a menţine starea de sănătate, precum şi de a provoca boli fizice; modurile prin care poate fi dezvoltată puterea de vindecare sînt de asemenea descrise în acest capitol.

Intoleranţa alimentară şi simptomele mintale

Mulţi medici britanici specializaţi în tratamentul intoleranţei alimentare au devenit interesaţi de acest domeniu în urma apariţiei unei cărţi publicate în 1976, *Not All in the Mind*. Lucrarea scrisă de dr. Richard Mackarness, un psihiatru de la spitalul municipal Basingstoke, descrie rezultatele bune obţinute în urma unei schimbări de dietă în cazul unei paciente pe nume Joanna (acesta nu era numele ei real). Joanna suferea de probleme mintale severe care fuseseră diagnosticate diferit de-a lungul anilor, fie ca schizofrenie, fie ca psihoză schizoafectivă, ca demenţă presenilă, ca epilepsie a lobului temporal, ca depresie neurotică sau isterie anxioasă. (Apropo, este neobişnuit ca etichetele diagnostice asociate unei boli mintale să se modifice astfel: aceasta nu este ştiinţă.)

De-a lungul a şapte ani de boală, ea a fost internată în spital de 13 ori, de multe ori cu crize compulsive, în timpul cărora avea un comportament violent şi reprezenta un pericol

Scanned with OKEN Scanner

atît pentru copiii ei, cît şi pentru ea însăşi. Făcuse deja cîteva tentative de a se sinucide prin tăierea venelor.

Perspectiva acestei paciente era foarte întunecată. Deşi colegii săi psihiatri erau foarte sceptici în ceea ce priveşte efectele pozitive ale unei diete prin eliminare – despre care dr. Mackarness aflase de la medicii din Statele Unite –, ei erau totuşi în acel stadiu pregătiţi să încerce orice. De-a lungul unui post de cinci zile, Joanna a înregistrat „o îmbunătăţire remarcabilă a stării ei" şi, cînd a fost testată treptat cu diverse alimente, a răspuns imediat la unele, dar la altele nu. În testele ulterioare, aceleaşi mîncăruri erau administrate prin intermediul unui tub ce ducea direct în stomac (evitînd astfel perceperea gustului acestora) pentru a verifica dacă ea va avea aceeaşi reacţie. Folosind acest tub stomacal şi porţii de mîncare în formă lichidă, identificate doar de un cod numeric, testul putea fi realizat fără ca pacienta sau infirmiera care îi dădea mîncarea să cunoască identitatea alimentului. (Acest tip de testare placebo dublu-orb controlată este obligatorie dacă se doreşte ca rezultatele obţinute să fie verificate în mod obiectiv.) În cazul Joannei, testul dublu-orb a confirmat reacţiile mintale severe la alimentele-problemă ce fuseseră deja identificate în testarea deschisă.

Iată cum unul din cei mai sceptici psihiatri implicaţi în experiment a descris mai tîrziu cazul pacientei: „Trebuie să admit faptul că un răspuns atît de remarcabil m-a surprins. Totuşi, a fost atît de dramatic, încît ne-ar fi dificil să spunem că s-ar putea datora unui alt tip de tratament decît schimbarea în dieta pacientei, mai ales dacă luăm în considerare rezultatele testului dublu-orb".

Acest caz, precum şi altele foarte bine documentate sprijină ideea că sensibilitatea la un aliment poate uneori să reprezinte cauza unei boli mintale serioase. Dar este puţin probabil ca această reacţie să fie frecventă şi ar fi o greşeală să se extrapoleze această concluzie şi la alte cazuri de boli mintale care au primit acelaşi diagnostic. Sînt puţine îndoieli că o varietate de boli diferite sînt incluse sub umbrela unor termeni cum ar fi „psihoză" şi „schizofrenie". Nimeni nu sugerează faptul că spitalele de boli mintale sînt pline de indivizi cu sensibilitate la alimente care pur şi simplu au nevoie de o dietă prin eliminare pentru a se vindeca. De asemenea, este imposibil să se estimeze ce procent din aceste cazuri poate fi atribuit reacţiei la mîncare. Exceptînd cazul schizofreniei şi glutenului (care au fost identificate în cadrul mai multor studii, cu obţinerea unor rezultate variate) nimeni nu a acordat mai multă atenţie acestui subiect: este foarte dificil să proiectezi un tratament pe bază de dietă folosind un eşantion mare de pacienţi care au probleme mintale serioase.

Forme mai uşoare de boli mintale, cum sînt depresia şi anxietatea, sînt raportate în mod obişnuit în cazul pacienţilor cu intoleranţă alimentară, acestea fiind de obicei însoţite de unele simptome fizice. Medicii care tratează intoleranţa la mîncare au observat că simptomele mintale dispar în acelaşi timp cu cele fizice în urma unei diete prin eliminare şi reapar atunci cînd pacienţii testează anumite alimente. În multe cazuri, simptomele fizice erau cele care reprezentau ţinta tratamentului şi atît medicul, cît şi pacientul au fost plăcut surprinşi de schimbarea de dispoziţie care a survenit. Bineînţeles, este posibil ca depresia şi anxietatea să apară ca răspuns la simptomele fizice – mai degrabă decît să fie cauzate direct de alimentul în sine – sau ca persoana să aibă răspunsuri mintale la anumite alimente pur şi simplu pentru că se aşteaptă la acest lucru. Dar patternul de răspuns observat nu poate fi explicat cu uşurinţă, aşa cum o demonstrează cazul următor.

Depresia unei bătrîne

Rosemary avea 67 de ani şi locuia singură. Din cînd în cînd suferea de accese de depresie, ceea ce i se întîmpla de mulţi ani. La un moment dat, cînd avea în jur de 70 de ani, depresia a devenit atît de severă încît a trebuit să fie internată în spital. Dar nu

Scanned with OKEN Scanner

acesta era motivul pentru care căuta ajutor medical. Ea suferea de diaree asociată cu durere şi de balonări, care fuseseră diagnosticate ca fiind sindrom de colon iritabil (SCI). Medicul său i-a spus că nu are cum s-o ajute în această problemă, de aceea decisese să caute un tratament la un medic particular recomandat de un prieten. Acesta a pus-o să urmeze o dietă prin eliminare şi, după două săptămîni, intestinele sale funcţionau normal, pentru prima oară după mulţi ani. De asemenea, ea afirma că se simte mult mai veselă, mai activă şi mai încrezătoare decît înainte, iar medicul a presupus că acesta este efectul faptului că nu mai are simptome neplăcute la nivelul intestinelor.

Ceea ce i-a surprins pe amîndoi a fost reacţia lui Rosemary cînd a început din nou să consume toate tipurile de mîncare. Laptele pe care îl consumase la micul dejun i-a provocat mîncărimi la nivelul pielii pînă la prînz, iar pînă seara avea deja o balonare şi o diaree severe. De asemenea, în acelaşi timp s-a instalat şi o depresie profundă, în ciuda faptului că ea ştia că simptomele de la nivelul intestinelor pot fi controlate uşor de acum înainte. Depresia a dispărut după două zile, iar după aceasta Rosemary s-a simţit la fel de bine, atît din punct de vedere mintal, cît şi fizic. Doi ani mai tîrziu ea încă se simţea foarte sănătoasă, urmînd o dietă fără lapte, şi nu a mai suferit de depresie.

În afară de depresie şi anxietate, au fost raportate următoarele simptome mintale în cazurile de intoleranţă alimentară : incapacitate de concentrare, lapsusuri, insomnii, oboseală mintală, somnolenţă în timpul zilei, tensiune, ameţeală, confuzie, dezorientare, supraexcitare, nervozitate generală, iritabilitate, instabilitate emoţională sau schimbări violente de dispoziţie şi comportament agresiv. În cazul copiilor pot apărea diverse probleme mintale şi comportamentale ce sînt descrise ca *tulburare kinetică cu deficit de atenţie* (ADHD – vezi p. 335). Copiii cu intoleranţă alimentară pot prezenta, de asemenea, letargie şi moleşeală.

Unii medici interpretează atît hiperactivitatea/tensiunea, cît şi oboseala excesivă ca fiind o parte a unui set comun de reacţii pe care ei îl descriu ca fiind *sindromul de tensiune-oboseală*, în care pacientul (adult sau copil) poate fi foarte obosit, sau tensionat şi iritabil, ori ambele în acelaşi timp.

Bolile psihosomatice şi ipohondria

O mare parte din cei care au intoleranţă alimentară încă sînt diagnosticaţi de medicii lor de familie sau de practicienii la care sînt trimişi ca avînd o boală psihosomatică. Deşi acest diagnostic este stresant şi frustrant pentru pacient, confuzia este de înţeles deoarece cele două tulburări prezintă un tablou foarte similar din punctul de vedere al simptomelor.

Boala psihosomatică, la fel ca şi *ipohondria*, este un termen frecvent folosit în mod greşit atît de către publicul larg, cît şi de medici, prin urmare vom începe prin a explica ce înseamnă el cu adevărat.

Termenul „psihosomatic" derivă din cuvintele greceşti *psyche*, care înseamnă suflet sau minte, şi *soma*, care înseamnă corp. Desemnează o boală în care acţiunea minţii determină o reacţie ce afectează corpul, cu simptome fizice care pot fi observate sau măsurate. Nici un sens al termenului nu sugerează că simptomele sînt imaginare sau „în minte", aşa cum se sugerează adesea. Nici nu este posibil ca persoana suferindă să „îşi revină de la sine", aşa cum se sugerează frecvent.

Există mai multe modalităţi prin care simptomele psihosomatice pot fi generate. O rută majoră este prin intermediul *sistemului nervos autonom*, care reglează funcţiile corpului ce nu sînt sub control conştient, cum ar fi digestia, circulaţia sîngelui, respiraţia şi transpiraţia. Sistemul nervos autonom este constituit din două părţi, *parasimpaticul* şi *simpaticul*, care au efecte aproape opuse.

Scanned with OKEN Scanner

Sistemul nervos parasimpatic este responsabil de funcţionarea de zi cu zi a organismului, de a păstra lucrurile într-o funcţionare normală. Nu sînteţi conştienţi de existenţa lui în cea mai mare parte a timpului.

Sistemul simpatic intră în acţiune atunci cînd apare o urgenţă la care trebuie să faceţi faţă. Acesta determină creşterea ritmului bătăilor inimii şi a tensiunii arteriale şi mobilizează glucoza, sursa de energie a corpului. El deviază sîngele de la nivelul intestinelor şi creşte circulaţia sangvină în muşchi, pregătind corpul pentru acţiune. De asemenea, sistemul simpatic poate determina o mişcare a intestinelor, astfel încît conţinutul lor să fie eliminat prompt, făcînd corpul mai uşor şi, prin urmare, permiţîndu-vă să vă mişcaţi mai repede. Beneficiile acestor reacţii trebuie înţelese în termenii traiului în sălbăticie, în care lupta cu prădătorii sau fuga din calea lor poate însemna literalmente diferenţa dintre viaţă şi moarte. Reacţiile produse sînt adesea sintetizate ca *răspunsul „luptă sau fugi"*.

Nervii simpatici declanşează efectele prin eliberarea unui hormon, *noradrenalina*, de la nivelul extremităţilor nervoase, ce sînt localizate aproape de organele pe care le influenţează. Un hormon foarte asemănător, *adrenalina*, poate de asemenea să fie generat de o pereche de glande numite suprarenale, situate deasupra rinichilor. Nervii simpatici controlează activitatea suprarenalelor, prin urmare acestea sînt parte a aceluiaşi sistem. Partea internă a glandei, nucleul suprarenalei, produce adrenalină, în timp ce partea exterioară a acesteia, cunoscută sub numele de cortex suprarenal, este responsabilă de producerea *corticosteroizilor* (steroizi derivaţi din cortex).

Aceşti hormoni sînt transmişi în întregul corp prin circulaţia sangvină, iar adrenalina produce reacţia de tipul „luptă sau fugi", descrisă anterior. În acelaşi timp, corticosteroizii au diverse tipuri de efecte. Şi aceştia sînt capabili să mobilizeze glucoza, dar ei de asemenea suprimă inflamaţia (de aici şi utilizarea lor ca medicamente în multe boli alergice) şi inhibă anumite funcţii imunitare. Principala lor funcţie în situaţii de urgenţă este să descarce glucoză şi prin urmare să prelungească o parte din modificările determinate de răspunsul „luptă sau fugi", iniţiat de adrenalină şi noradrenalină, deoarece ei au un efect mai prelungit asupra corpului.

Suprastimularea sistemului nervos poate produce diferite simptome psihosomatice:

Sistemul digestiv: gură uscată sau producere de salivă în exces; spasme ale esofagului; ameţeală şi vomă; indigestii frecvente; pierderea poftei de mîncare; diaree sau (mai rar) constipaţie.

Sistemul nervos: dureri de cap; oboseală; insomnii; tremurături; nervozitate; ameţeală şi pierderea echilibrului.

Sistemul circulator: ritm anormal al bătăilor inimii; dureri în piept.

Sistemul respirator: nas înfundat cu exces de mucus; umflături constante în gît, guturai, dificultăţi de respiraţie; hiperventilaţie.

Piele: transpiraţie excesivă; iritare la nivelul pielii.

Pentru a înrăutăţi lucrurile, producţia de adrenalină este stimulată de fumat şi de excesul de zahăr, alcool sau cafea. Prin urmare, exact acele lucruri pe care persoanele tind să le facă atunci cînd sînt stresate şi care nu fac decît să crească presiunea.

Hiperactivitatea sistemului parasimpatic – sistemul responsabil de menţinerea ritmului normal al organismului poate determina de asemenea simptome. Acestea includ probleme intestinale, contracţii la nivelul bronhiilor, producînd simptome care seamănă cu astmul sau hipersecreţii de acid gastric.

Un al treilea mod prin care simptomele psihosomatice pot fi produse este tensiunea mintală, ce se traduce în tensiune musculară, mai ales la nivelul muşchilor gîtului, mandibulei şi capului. Tensiunea prelungită la nivelul acestor muşchi poate determina dureri de cap şi chiar migrene.

Scanned with OKEN Scanner

Pe lîngă cele spuse mai sus, există stări în care componenta psihologică reprezintă doar o mică parte a problemei – poate înrăutăţi simptomele, dar nu poate declanşa boala. Acest lucru este valabil pentru eczema atopică, psoriazis şi cele mai multe cazuri de astm. Cum anume afectează mintea aceste simptome de obicei nu se ştie, dar în prezent sînt înţelese unele mecanisme. De exemplu, în cazul respiraţiei, sistemul nervos autonom poate determina contracţia bronhiilor ca răspuns la anxietate, frică sau emoţie puternică. O persoană sănătoasă doar va gîfîi în urma surprizei sau va rămîne fără respiraţie din cauza excitării, dar în cazul unui astmatic acelaşi răspuns poate declanşa un acces de astm.

Diagnosticarea bolilor psihosomatice

Diagnosticarea unei boli psihosomatice nu trebuie făcută cu uşurinţă. Mai întîi, medicul trebuie să elimine orice posibilitate a unei boli organice. (*Organic* în sensul de „existent în corp", iar bolile organice includ infecţii, probleme autoimune, alergii şi alte probleme cu cauză identificabilă la nivelul corpului.)

Chiar dacă au fost eliminate toate bolile organice, mai sînt cîteva criterii ce trebuie satisfăcute. Pacientul trebuie să prezinte tiparul exact de simptome şi trebuie să fi fost supus unor experienţe emoţionale stresante înainte de instalarea bolii. Un pattern tipic al bolilor psihosomatice este că boala fluctuează, simptomele dispărînd cîteodată un timp, doar pentru a reapărea ulterior. Dacă acest pattern există, atunci diagnosticul este confirmat.

Din păcate, diagnosticul de boală psihosomatică este stabilit frecvent după o investigare mai scurtă şi mai puţin riguroasă, mai ales în cazul femeilor, care tind să fie percepute ca fiind mai nervoase. Mult prea adesea, medicii folosesc „psihosomatic" ca pe un diagnostic de convenienţă, pentru a desemna o boală ce nu are o cauză aparentă. Mai mult decît atît, se oferă puţine metode de tratament. Acest lucru este paradoxal, deoarece bolile fizice sînt luate în serios şi se stabileşte un tratament adecvat, iar bolile mintale, cu simptome mintale clare, sînt de asemenea luate în serios şi tratate. Din acelaşi motiv, boala mintală care, produce simptome fizice este clasificată ca fiind o boală imaginară şi mai degrabă supărătoare.

Ipohondria

Această tulburare, foarte adesea greşit înţeleasă, este, în esenţă, o preocupare anxioasă faţă de corp sau faţă de o anumită parte a corpului. În general, pacientul crede că acea parte este bolnavă sau că nu funcţionează cum trebuie. El declară că simte dureri şi este posibil să existe şi alte senzaţii de tulburări corporale şi mişcări interne, cîteodată destul de bizare. Există cîteva simptome fizice care pot fi observate, în afară de vomă, leşin şi transpiraţie în unele cazuri (simptome care pot fi produse de sistemul nervos autonom – vezi mai sus). Diverse practici care ar trebui să trateze aceste simptome şi care sînt percepute ca fiind absolut esenţiale vieţii devin parte a rutinei zilnice a persoanei în cauză.

Se consideră că ipohondria este rezultatul unor emoţii reprimate şi al unor temeri secrete şi apariţia ei este mult mai probabilă în familiile în care există o preocupare faţă de boli sau în cazul oamenilor care au avut mai mult contact cu persoane invalide cînd erau copii.

La începutul secolului, ipohondria a fost recunoscută ca o boală reală, cu un set de caracteristici distinctive. Şi s-a decis că merită să fie tratată. Respingerea ipohondriei ca boală de către mulţi medici este o atitudine nouă, deplînsă de cei care au studiat această tulburare. Robert Meister, în lucrarea sa *Hypochondria*, scrie: „Medicii care ignoră un pacient suferind, deoarece consideră tulburarea sa ca fiind psihosomatică sau ipohondrie,

Scanned with OKEN Scanner

nu acţionează ca nişte cadre medicale profesioniste... Normele culturale şi sociale care influenţează percepţiile asupra sănătăţii şi bolii au stabilit ce poate fi boală, fiind creat un «index de acceptabilitate» nescris. Conform acestui index, pneumonia bacteriană, ce este percepută ca o boală «reală», va avea o importanţă mai mare decît ulcerele digestive, care sînt percepute cu suspiciune, ca fiind de origine «psihosomatică», şi toate bolile cunoscute de om cu siguranţă sînt mai importante decît ipohondria... Atitudinile negative răspîndite faţă de ipohondrie sînt în cea mai mare parte neexplicate, nejustificate şi cu siguranţă nedrepte faţă de persoanele care suferă de această tulburare". (Meister a scris aceste rînduri într-o perioadă în care ulcerele digestive – stomacal şi duodenal – erau percepute adesea ca fiind psihosomatice; în prezent se ştie că sînt cauzate de cele mai multe ori de o infecţie bacterială persistentă.)

Cel mai bun tratament pentru ipohondrie şi pentru afecţiunile psihosomatice este o formă de psihoterapie, terapie cognitivă sau hipnoterapie, care ar trebuit să îl ajute pe pacient să identifice emoţiile ce stau la baza acestor simptome. Odată ce pacientul devine conştient de sursa problemei, el se poate împăca cu aceste emoţii şi simptomele fizice ar trebui să se diminueze.

Totuşi, în unele cazuri, simptomele de tip ipohondrie reprezintă un element vital al modului în care persoana se adaptează la lume şi gestionează conflictele legate de viaţă şi relaţii. În cazul acestor persoane, simptomele sînt indispensabile şi nu putem decît să sperăm că cei afectaţi vor menţine această tulburare sub control, astfel încît să nu afecteze viaţa lor şi a familiilor lor.

Efectul placebo

Un aspect intrigant al bolilor este că acestea pot fi frecvent ameliorate – cel puţin temporar – de *orice* formă de atenţie medicală. O investigaţie medicală sau o injecţie pot face minuni, iar un tratament cu medicamente poate avea efecte la fel de bune. Acest fenomen este cunoscut sub numele de efect placebo, *placebo* fiind un cuvînt latin care înseamnă „voi fi mulţumit".

Cercetările au demonstrat că aproximativ o treime din oameni scapă de dureri cînd iau medicamente inerte, despre care cred că sînt calmante. Efectele placebo pot fi obţinute şi în alergiile IgE, deşi nu au un impact la fel de puternic. Durerile de cap, migrenele, insomnia, epilepsia, sindromul de colon iritabil (SCI) şi artrita reumatoidă sînt cîteva dintre multele tulburări care pot beneficia de placebo.

În unele cazuri, simptomele pot avea origine psihosomatică, ceea ce explică efectele bune ale placebo. Este posibil ca pacientul să se simtă mai bine pentru simplul fapt că cineva îi ia în serios boala. O altă explicaţie este influenţa autosugestiei – datorită faptului că li se oferă un tratament, pacienţii chiar încep să se simtă mai bine. În alte cazuri poate exista un amestec de boală organică şi boală psihosomatică care stă la baza simptomelor – cele două pot coexista, alimentîndu-se reciproc. Din nou, placebo poate avea un efect puternic datorită faptului că răspunde nevoii psihologice de a primi atenţie şi tratament.

O caracteristică a efectului placebo este faptul ca nu durează foarte mult timp: de obicei efectul acestuia durează cîteva săptămîni, şi între două şi şase luni este maximumul de menţinere a influenţei sale. Dacă pacientul răspunde bine la un nou tratament şi se simte bine şi după un an, foarte probabil nu este vorba despre un efect placebo.

Scanned with OKEN Scanner

Reacţii psihogenice la alimente

Cealaltă faţă a monedei placebo este că oamenii se pot îmbolnăvi din cauza a ceva despre care *cred* că îi va îmbolnăvi. Unii pacienţi sînt mai predispuşi la acest lucru decît alţii, dar o proporţie destul de mare de persoane cu sensibilităţi reale la alimente vor reacţiona, dezvoltînd simptome, dacă ei cred că au mîncat unul din alimentele-problemă, deşi lucrurile nu stau aşa. Această reacţie nu invalidează în nici un caz sensibilitatea lor alimentară – această reacţie a existat şi în trecut, chiar dacă simptomele de moment sînt generate mintal sau *psihogenic*.

Aceste reacţii nu sînt deloc surprinzătoare dacă ne amintim de faimosul experiment al lui Pavlov cu cîinele şi clopoţelul ce anunţa cina. Cîinele fusese *condiţionat* de un clopoţel care scotea zgomot de fiecare dată cînd animalul era hrănit. Chiar înainte de a primi mîncare, cîinele a început să saliveze ca răspuns la mirosul apetisant. După o perioadă, cîinele saliva de fiecare dată cînd auzea clopoţelul, indiferent dacă mîncarea era prezentă sau nu.

Un experiment în care s-au folosit porcuşori de Guineea a arătat că reacţiile imune pot fi condiţionate exact în acelaşi mod. Animalele au fost sensibilizate la un alergen ce le-a fost injectat şi în acelaşi timp au fost expuse la un miros puternic. Ulterior, doar mirosul era suficient pentru a provoca o creştere imediată a nivelului histaminelor din sînge (histaminele sînt substanţele eliberate în timpul reacţiilor alergice de tipul IgE). Dacă porcuşorii de Guineea pot avea aceste reacţii, de ce nu ar fi ele valabile şi în cazul oamenilor? Orice persoană care a avut o reacţie IgE imediată la un aliment poate reacţiona, într-o anumită măsură, dacă consideră că a consumat acelaşi aliment. Iar persoanele cu intoleranţă la mîncare vindecată de mult timp pot reacţiona în continuare la alimentul-problemă, din motive pur psihologice.

Aşa cum ilustrează studiul descris la p. 331, răspunsul psihogenic poate face ca testarea alimentelor să fie problematică. Amintiţi-vă că în studiul respectiv prin placebo s-au provocat simptome alergice evidente, cum ar fi umflarea buzelor sau urticarie, la cîţiva copii alergici la mîncare: acesta este un răspuns condiţionat (vezi mai sus) al sistemului imunitar. Totuşi, în cazul copiilor care aveau alergii reale, nici unul dintre răspunsurile placebo nu a fost la fel de sever ca reacţie la alimentul-problemă.

Reacţii pur psihogenice la alimente

Din cînd în cînd, oamenii pot avea reacţii psihogenice la alimente, deşi în mod real nu există un răspuns fizic. Acest lucru se poate întîmpla dacă ei sunt convinşi că sunt alergici sau intoleranţi la mîncare fără a căuta un diagnostic profesionist. Ei pot decide că reacţionează la anumite alimente bazîndu-se pe rezultatele unor teste greşite (vezi pp. 68-69) sau pe o dietă prin eliminare care nu a fost realizată corespunzător. Prin urmare, reacţia are loc de fiecare dată cînd alimentul este consumat, dar răspunsul este unul psihogenic. Acest răspuns este una din capcanele autotratării, dar poate apărea la fel de bine şi în urma unui tratament realizat de practicieni necalificaţi ce folosesc metode ineficiente de diagnostic.

Reacţiile psihogenice de acest tip apar în special la cei ale căror simptome sînt pur psihosomatice, dar care preferă să se gîndească la ei ca fiind „alergici" la un anumit tip de mîncare, deoarece alergia este o formă de boală „respectabilă". Neglijarea din partea cadrelor medicale a bolilor psihosomatice şi a ipohondriei poartă o parte din vină pentru apariţia acestor situaţii, deoarece stigmatul acestor tulburări psihologice se datorează în mare parte atitudinilor negative şi de respingere ale medicilor.

Pacienţii care consideră în mod greşit că sînt sensibili al mîncare se supun frecvent la diete din ce în ce mai restrictive, din cauză că simptomele persistă, şi pot să ajungă să fie

Scanned with OKEN Scanner

malnutriți. Ei au nevoie de ajutor profesionist simpatetic pentru identificarea cauzelor reale ale bolii lor și trebuie convinși să urmeze un tratament psihoterapeutic sau o altă formă de tratament psihologic.

Acest tip de tratament este eficient chiar și cînd mîncarea reprezintă cu adevărat o cauză majoră a simptomelor, deoarece psihicul are întotdeauna un rol în boală. Așadar, urmarea unei terapii poate avea efecte benefice pentru mulți pacienți, nu doar pentru cei a căror problemă este pur psihosomatică.

Testarea alimentelor folosind testele placebo controlate

Reacțiile psihogene la mîncare sînt importante în diagnosticarea alergiei și intoleranței la mîncare, deoarece testarea *oricărui* aliment poate provoca simptome dacă pacientul se așteaptă ca acestea să apară. Pentru a se diferenția răspunsurile reale de cele psihogenice se realizează teste fictive cu substanțe inerte sau cu alimente despre care se știe că nu provoacă nici o reacție.

Se așteaptă ca cei mai mulți pacienți să răspundă la aceste testări fictive. Testele fictive sînt cunoscute sub numele de *teste placebo*. Dacă acestea sînt incluse în cercetare, ele vor fi teste *placebo controlate*, deoarece testele placebo le permit cercetătorilor să „controleze" reacțiile psihogenice (adică să măsoare contribuția lor la apariția simptomelor).

Evident, este important ca persoana testată să nu poată face diferența dintre testele reale și cele placebo în ceea ce privește gustul sau aspectul. Pentru a realiza acest lucru, alimentul placebo este inclus în capsule sau amestecat cu altceva, astfel încît gustul său să fie mascat, sau, rar, este administrat prin intermediul unui tub ce duce direct în stomac.

Identitatea alimentului ce este testat trebuie să fie necunoscută și medicului, infirmierei sau cercetătorului care înregistrează răspunsul la test, deoarece în caz contrar poate fi influențat modul în care aceștia înregistrează scorul răspunsului. Dacă nici pacientul, nici cercetătorul nu știu ce aliment este testat, atunci vorbim despre o testare *dublu-orb*.

O testare alimentară de tip placebo dublu-orb controlată este obligatorie în diagnosticarea oricărui tip de sensibilitate alimentară.

Intoleranță alimentară sau boală psihosomatică?

Este clar din lista de simptome de la p. 225 că multe dintre bolile psihosomatice seamănă cu intoleranța la mîncare. Într-adevăr, cei mai mulți medici care resping intoleranța la mîncare afirmă că majoritatea acestor cazuri sînt *boli psihosomatice*.

Medicii specializați în tratamentul intoleranței la mîncare nu vor fi de acord cu această opinie. Ei văd foarte mulți pacienți cărora li s-a spus că simptomele lor sînt psihosomatice sau „doar în mintea lor" de către un medic sau altul. Totuși, un mare procent dintre aceștia răspund la o dietă prin eliminare. Ei se simt mult mai bine după ce anumite alimente sînt eliminate din regimul lor alimentar – și își mențin această stare, ceea ce este foarte important. (Acest lucru face improbabilă ideea că efectul placebo este cel care a adus îmbunătățirea.)

Diagnosticarea unei boli psihosomatice sau a ipohondriei, dacă este făcută cum trebuie, este o diagnosticare prin excluziune – necesită ca orice altă posibilitate să fie exclusă. Deoarece mulți pacienți au simptome vagi, multiple, intoleranța la mîncare trebuie considerată ca fiind una dintre aceste posibilități. Excepțînd situația în care se urmează pașii pentru a „o elimina în urma investigațiilor făcute" (și aceasta înseamnă o dietă de diagnosticare), nu există o bază reală pentru afirmația că simptomele unui pacient sînt psihosomatice.

Scanned with OKEN Scanner

Totuşi, lucrurile nu sînt făcute neapărat în această ordine, din motive acceptabile. Mulţi dintre cei care solicită ajutorul unui medic şi au simptome fizice, cum ar fi dureri de cap sau diaree, de fapt au probleme emoţionale, sexuale sau familiale serioase pe care doresc să le discute cu acesta, dar le este dificil să abordeze aceste subiecte delicate. Medicii de familie sînt instruiţi să descopere motivul *real* pentru care un pacient le solicită ajutorul. Dacă aveţi simptome despre care consideraţi că sînt cauzate de intoleranţa la mîncare, nu ar trebui să vă simţiţi jigniţi de întrebările iniţiale ale medicului, ce par mai degrabă personale, irelevante şi fără legătură cu durerile dumneavoastră. Dacă răspundeţi calm şi rezonabil la aceste întrebări, îl veţi convinge pe medic că problemele dumneavoastră nu sînt doar psihosomatice.

Întrebarea cîte cazuri psihosomatice văd medicii de familie este foarte interesantă. Un sondaj a arătat că o treime din pacienţi au şi cauze psihologice în boala lor, 18% dintre ei prezentînd simptome pur psihiatrice sau psihosomatice. Alte studii au obţinut o cifră mult mai mare, de aproximativ 50%. Aceste studii au beneficiat de multă publicitate, prin urmare nu trebuie să ne surprindă faptul că majoritatea medicilor de familie suspectează o cauză psihologică mai degrabă decît una fizică, mai ales în cazul pacienţilor care se plîng de multiple simptome.

Medicii care sînt conştienţi de importanţa intoleranţei alimentare şi sînt specializaţi în diagnosticarea ei au o perspectivă diferită. Răspunsurile lor variază în ceea ce priveşte estimările legate de cîţi pacienţi prezintă şi cauze psihologice legate de simptomele apărute ca reacţie la un aliment, dar cifra medie este de 20-30%. Sondajul despre care am vorbit mai devreme, care prezenta o cifră mare de pacienţi care sufereau de simptome psihosomatice, *nu a luat în considerare posibilitatea unei intoleranţe alimentare reale.* Multe dintre bolile etichetate ca psihosomatice pot să fie de fapt o sensibilitate alimentară.

Acţiunea psihicului asupra problemei

Datorită acţiunii sistemului nervos autonom, orice tulburare a sistemului digestiv poate fi exarcebată de emoţie. Nu numai intestinele sînt predipuse la acest lucru – şi bronhiile şi vasele de sînge sînt controlate de acelaşi sistem, prin urmare pot fi uşor afectate. Astfel, gîndurile şi emoţiile noastre pot agrava boli cum ar fi SCI, astmul şi migrenele. De asemenea, deşi mecanismul nu este la fel de evident, stresul poate înrăutăţi eczemele şi urticaria. Într-adevăr, majoritatea simptomelor fizice ale sensibilităţii alimentare cel mai probabil pot fi influenţate de psihic.

Dacă o boală are cauze multiple, acestea trebuie analizate pe rînd. Rezolvarea problemelor personale esenţiale şi dobîndirea unei perspective mai calme asupra vieţii, ce duce la diminuarea tensiunii musculare şi a anxietăţii generale, pot ameliora simptomele sensibilităţii alimentare. Rămîne necesară evitarea anumitor ingrediente sau urmarea unor forme de tratament, dar această schimbare ar trebui să crească viteza de vindecare a corpului şi probabilitatea de a reveni la o dietă normală mai rapid. Iar pe termen lung poate ajuta la menţinerea unei bune stări de sănătate.

Abordarea folosită poate varia în mod considerabil. Pentru cei care îşi permit acest lucru, un tratament cu un psihoterapeut profesionist poate fi cea mai bună alegere, deşi este important să se aleagă cu atenţie persoana. Mai multe studii au demonstrat că teoria, tehnica sau abordarea terapeutului este mai puţin importantă decît legătura care se stabileşte între el şi pacient. Cu alte cuvinte, dacă vă place persoana respectivă şi vă este uşor să relaţionaţi cu ea, atunci terapeutul vă va putea ajuta ; dacă lucrurile nu stau aşa, atunci nu vă va putea ajuta, indiferent cît de inteligent sau de calificat ar fi.

Într-o definiţie extrem de simplistă, psihoterapia constă în principal din analiza evenimentelor trecute şi a problemelor prezente cu ajutorul terapeutului sau consilierului. De

Scanned with OKEN Scanner

asemenea, hipnoterapia poate fi folositoare – exceptîndu-i pe cei care sînt predispuşi la depresie, deoarece aceasta poate fi înrăutăţită de hipnoză. Un hipnoterapeut profesionist ar trebui să evalueze fiecare potenţial client şi să-l îndrume să nu folosească hipnoza atunci cînd este cazul.

Pentru cei care nu-şi permit un astfel de tratament, dar au mult timp liber, coconsilierea poate reprezenta o alternativă viabilă. După o perioadă de instruire, coconsilierii sînt grupaţi în perechi şi prin urmare acţionează atît ca pacient, cît şi ca consilier unul pentru celălalt. Această idee poate părea ciudată la început, dar funcţionează foarte bine, de aceea coconsiliere are mulţi adepţi entuziaşti.

Unora le poate fi util doar să pună pe hîrtie problemele pe care le au. Procesul înregistrării sentimentelor dumneavoastră iniţiază un dialog intern care poate oferi noi perspective asupra problemelor anterioare. Yoga sau meditaţia pot fi de asemenea folositoare pentru a învăţa cum să vă relaxaţi. Pentru cei care sînt mai puţin înclinaţi spiritual, biofeedbackul oferă o modalitate mai ştiinţifică de relaxare.

O dietă alcătuită din doar şase alimente

Lynne suferea de diaree şi amețeală constantă şi a ajuns să fie convinsă că alimentele erau cele care cauzau aceste simptome. Ea a încercat să elimine grîul şi laptele şi s-a simțit mai bine o perioadă, dar simptomele au revenit. Apoi a încercat să elimine şi alte alimente şi din nou s-a simțit bine – însă doar pentru o perioadă. Acest lucru a dus la eliminarea din ce în ce mai multor ingrediente alimentare, pînă cînd Lynne a ajuns să țină o dietă foarte restrictivă, constînd doar din carne de miel, pere, prune, țelină, orez şi puțin peşte. Deşi se simțea rău din cauza acestei diete restrictive, ea refuza să consume şi alte alimente, spunînd că ele îi vor înrăutăți starea. În acelaşi timp, a început să sufere de atacuri de panică şi de senzația de extenuare totală, simptome pe care le-a pus pe seama unei sensibilități la parfum şi la gazele de eşapament. Exista pericolul să îşi piardă locul de muncă, de aceea, deşi reticentă, a urmat sfatul medicului ei şi s-a dus la un psihoterapeut.

Timp de mai multe săptămîni, Lynne a discutat cu terapeutul despre ce se întîmplase în viața ei cînd era copil – despre violența familială, certurile constate şi, mai tîrziu, abuzul sexual din partea tatălui ei. Timp de mulți ani ea nu a avut nici un sentiment în legătură cu aceste evenimente şi, prin urmare, a concluzionat că ele nu au afectat-o în nici un fel. În cadrul discuțiilor cu terapeutul ea a început să îşi dea seama că de fapt ştersese sentimentele de teroare şi furie din minte, lăsînd în urmă doar o disperare amorțită. Aducerea acestor sentimente la suprafață şi acceptarea lor a fost un proces dificil şi dureros, dar după ce Lynne a făcut acest lucru uşurarea a fost uimitoare. Atacurile ei de panică au dispărut, la fel şi senzația de extenuare, diareea şi amețeala. Privind retrospectiv, Lynne şi-a dat seama că concentrarea pe problemele fizice cauzate de mîncare reprezenta de fapt o manieră de evitare a confruntării cu sursa reală a problemei.

Hiperventilația

Unele dintre simptome tipice intoleranței la mîncare pot fi cauzate, de asemenea, şi de simplu fapt că respiraţi prea repede. Cînd respirăm, introducem oxigen în organism şi expirăm gaz rezidual, dioxid de carbon sau CO_2. Patternul de respirație normală ține nivelurile de oxigen şi dioxid de carbon la cota cu care este obişnuit organismul. Dar avem şi spațiu de rezervă în caz că dorim să fugim după autobuz sau să urcăm Everestul. Prin urmare, avem capacitatea de a respira mai rapid sau de a inspira adînc, în funcție de nevoi.

Scanned with OKEN Scanner

Problema în cazul celor care se hiperventilează este că au obiceiul de a respira mai repede tot timpul şi de a respira doar în partea superioară a pieptului. Totuşi, ei nu sînt conştienţi de acest lucru. Din cauză că respiră prea repede, nivelul de dioxid de carbon din sîngele lor scade sub nivelul normal şi acest lucru alterează pH-ul (aciditate-alcalinitate) acestuia. Creşterea uşoară a pH-ului (scăderea acidităţii) este suficientă pentru a produce o varietate surprinzătoare de simptome fizice şi mintale. Tipul de simptome produse de hiperventilare sînt următoarele:

Creier şi sistemul nervos: migrene şi dureri de cap; memorie slabă; senzaţie de detaşare si confuzie; anxietate sau depresie, tensiune, ameţeală, atacuri de panică, halucinaţii, iluzii, schimbări de dispoziţie, fobii, apatie, convulsii; simptomele apar de dimineaţă, cînd persoana se trezeşte, şi de asemenea este posibil ca aceasta să-şi reamintească unele coşmaruri din timpul nopţii, să simtă o frică iraţională sau chiar să aibă o moarte subită.

Urechi: ţiuit, vertigo, sensibilitate la zgomote puternice, sunetele par a veni de la distanţă.

Ochi: vedere înceţoşată sau dublă, sensibilitate la lumini puternice.

Respiraţie: respiraţie întretăiată, tensiune şi durere în piept, oftat sau căscat frecvent, gît uscat şi tuse, crize de astm, senzaţia de „nod în gît".

Inimă: ritm cardiac anormal, dureri în piept.

Sistem digestiv: dureri de stomac, balonare, rîgîit, diaree intermitentă.

Muşchi: pierdere bruscă a puterii, tremurături sau spasme, spasme exagerate cînd persoana doarme, crampe, dureri musculare, rigiditatea braţelor sau a degetelor.

General: furnicături sau amorţeală la nivelul limbii, buzelor, degetelor de la mîni sau de la picioare, senzaţie de frig, transpiraţie sau înroşire, circulaţie proastă (mîini şi picioare reci), oboseală, leşin, senzaţie de gură strînsă, senzaţie de presiune în gît şi dificultăţi de înghiţire, voce îngroşată, inflamaţii submandibulare („ganglioni umflaţi").

Importanţa hiperventilaţiei depinde foarte mult de punctul dumneavoastră de vedere. Cei care sînt sceptici în ceea ce priveşte intoleranţa la mîncare consideră hiperventilaţia o cauză foarte frecventă a simptomelor vagi, multiple. Ei afirmă că numărul mare de persoane care sînt diagnosticate cu intoleranţă la mîncare sînt de fapt persoane care se hiperventilează. Credinţa că „sînt" alergici la un anumit tip de mîncare sau la anumite substanţe chimice din mediu îi face pe aceşti pacienţi să se hiperventileze atunci cînd întîlnesc stimulul respectiv. Hiperventilaţia determină simptomele caracteristice, dar pacientul le percepe ca fiind o reacţie la aliment sau la elementul chimic – prin urmare, patternul de comportament este întărit.

Specialiştii în tratarea intoleranţei la mîncare consideră hiperventilaţia ca fiind o problemă destul de întîlnită, care poate mima o sensibilitate alimentară. Mai important, ei recunosc că există o minoritate de pacienţi care sînt atît sensibili la mîncare, *cît şi* persoane care se hiperventilează. Ei presupun că anxietatea cauzată de reacţiile alimentare a fost responsabilă iniţial de schimbarea în patternul de respiraţie şi că cele două tulburări se agravează reciproc.

O parte din aceşti pacienţi sînt foarte grav bolnavi şi par să reacţioneze la aproape orice aliment sau element chimic imaginabil. Unii medici îi numesc *reactivi universali*.

O altă şcoală de gîndire susţine că o formă uşoară de hiperventilaţie poate fi o caracteristică, poate chiar un simptom al intoleranţei la mîncare. Conform acestor medici, cînd alimentul-problemă este evitat, hiperventilaţia dispare în mod automat, fără ca pacientul să-şi dea seama de acest lucru. Ei sugerează că reacţia adversă la mîncare poate avea efecte directe asupra centrilor din creier care controlează respiraţia.

Orice persoană care prezintă mai multe dintre simptomele menţionate mai devreme ar trebui să ia în considerare posibilitatea că ar putea să se hiperventileze. Cele mai întîlnite simptome sînt starea de amorţeală, furnicăturile şi senzaţia de „detaşare". (Convingerea

Scanned with OKEN Scanner

că veţi muri imediat este un simptom extrem, dar în acelaşi timp foarte caracteristic.) Testele de hiperventilaţie pot fi realizate acasă, dar hiperventilaţia nu poate fi tratată la domiciliu.

Pentru a vă autotesta, alegeţi o perioadă cînd simptomele dumneavoastră sînt severe. Luaţi o pungă mare, curată şi ţineţi-o în dreptul gurii şi nasului. Respiraţi cît puteţi de normal timp de cîteva minute. S-ar putea să începeţi să vă simţiţi mai bine. Dacă se întîmplă acest lucru, atunci este foarte probabil ca hiperventilaţia să fie cauza problemelor dumneavoastră. Respirînd aerul din pungă, inspiraţi practic dioxid de carbon şi nivelul acestuia în sînge creşte. Acest lucru duce la reechilibrarea pH-ului la nivelul la care ar trebui să fie.

Dacă sînteţi o persoană care se hiperventilează şi suferă în acelaşi timp şi intoleranţă la mîncare, s-ar putea să descoperiţi că hiperventilarea dispare în mod spontan atunci cînd urmaţi o dietă prin eliminare. (Sensibilitatea la cofeină – vezi mai jos – este o cauză frecventă a hiperventilaţiei.) Dacă hiperventilaţia nu dispare de la sine, trebuie să fiţi instruit cum să reveniţi la un pattern de respiraţie normal şi medicul dumneavoastră generalist ar trebui să ştie către cine să vă îndrume (de exemplu, un psihoterapeut) pentru tratament.

„Mi-am recăpătat viaţa"

Ca răspuns la o ediţie anterioară a acestei lucrări am primit o scrisoare de la o tînără care se îmbolnăvise cu opt ani în urmă.

„La început, simptomele păreau să apară în mod gradual. În final am ajuns să sufăr din cauza lor zi şi noapte. Mă simţeam ameţită şi detaşată, nu puteam să suport luminile sau zgomotele puternice, deveneam confuză, mă simţeam rău, transpiram şi respiram scurt. Aveam atacuri de panică şi eram sigură că voi muri. Abia puteam să dorm. Cîteodată, cînd mă întindeam în pat, aveam senzaţia că totul se învîrte în cameră. Eram atît de speriată!

Am părăsit locul de muncă pe care îl aveam şi nu ieşeam cu prietenii sau cu iubitul meu. Familia şi prietenii mei şi-au pierdut răbdarea cu mine. Ei credeau că, din cauză că medicul meu şi cei de la spital nu găsiseră nimic în neregulă la mine, chiar nu era nimic în neregulă. Am auzit din greşeală pe cineva care spunea despre mine că vreau doar să primesc atenţie şi asta m-a durut foarte tare, deoarece uram faptul că eram bolnavă şi îmi doream să ies în oraş, să mă simt bine şi să fac lucrurile pe care obişnuiam să le fac înainte.

Acum aproximativ un an, mama mi-a adus cartea publicată de dumneavoastră. Nu credeam că o să mă ajute şi nu ştiam pe nimeni care să sufere de aceleaşi simptome ca şi mine, doar pentru că erau alergii la mîncare. Dar am citit-o. Cînd am ajuns la pagina despre hiperventilaţie am început să plîng. Nu-mi venea să cred că toate simptomele pe care le aveam erau puse pe hîrtie.

De asemenea, am citit despre persoane care aveau această problemă din cauza cofeinei. Obişnuiam să beau foarte mult Pepsi, ceai şi cafea. Prin urmare, am decis să încetez să mai consum orice conţinea cofeină. Şi s-a dovedit că exact asta era cauza problemelor mele: cofeina.

Acum am 27 de ani şi mi-am recăpătat viaţa. Mă simt sănătoasă din nou, pot să ies în oraş şi să mă simt bine şi mi-am găsit un nou loc de muncă. Simptomele au revenit doar de cîteva ori, dar în ambele dăţi pentru că luasem nişte medicamente contra durerilor de cap şi nu remarcasem că conţineau cofeină. În afară de asta nu am mai avut probleme şi, de un an de zile, nu mai consum nimic cu cofeină... Singurul regret pe care îl am este că nu am citit cartea cu mai mulţi ani în urmă, pentru că nu aş fi irosit şapte ani din cauză că mă simţeam bolnavă şi eram convinsă că voi muri."

Scanned with OKEN Scanner

Cofeina

O componentă alimentară importantă, ce poate avea efecte puternice atît asupra minţii, cît şi asupra corpului, este cofeina. Aceasta se găseşte în cafea şi ceai şi, în cantităţi mai mici, în ciocolată şi băuturile cola. Unii experţi recomandă 350-500 mg pe zi, dar, conform altora, o doză de 250 mg pe zi poate avea potenţial toxic. Între două şi şase ceşcuţe de cafea (depinde de cît de tare este), între trei şi şapte căni de ceai sau şapte căni de cola sînt echivalentul acestei cantităţi.

Copiii sînt mai susceptibili la cofeină decît adulţii şi probabil că nu ar trebui să bea mai mult de una sau două cola pe zi. Unii indivizi sînt mult mai sensibili decît alţii şi nu ar trebui să consume cofeină deloc.

Acestea sînt cantităţile găsite în sursele de cofeină zilnice (evident, în cazul băuturilor cum sînt cafeaua şi ceaiul aceste niveluri depind de cît de tari sînt):

Cafea fiartă (250 ml) 60-120 mg
Cafea instant (250 ml) 80 mg
Espresso dublu (60 ml) 45-100 mg
Cafea decofeinizată (250 ml) 1-5 mg
Ceai (250 ml) 50 mg
Ceai verde (250 ml) 25 mg
Ceai cu gheaţă (250 ml) 10 mg
Ciocolată neagră (100 g) 65 mg
Ciocolată cu lapte (100 g) 20 mg
Coca-Cola (doză de 330 ml) 30 mg
Pepsi (doză de 330 ml) 36 mg
Cola dietetică (doză de 330 ml) 40 mg
Red Bull (doză de 250 ml) 80 mg

Nu uitaţi că există multe alte produse care conţin cofeină sau substanţe foarte asemănătoare, inclusiv unele produse de patiserie, unele mărci de apă îmbuteliată şi unele tipuri de beri (de exemplu, Molson's Kick, Labatt's Shok). Unele băuturi răcoritoare au niveluri foarte ridicate (de exemplu, Red Bull, Bawls, Jolt Cola şi Afri-Cola). Alimentele şi băuturile făcute din guarana, adesea vîndute în magazinele cu produse „sănătoase", conţin o substanţă numită guaranină, care este foarte asemănătoare cu cofeina, atît din punct de vedere chimic, cît şi din punctul de vedere al efectelor pe care le produce.

Consumul excesiv de cofeină poate produce anxietate, schimbări de dispoziţie, tremurături, insomnii, ritm cardiac anormal (palpitaţii), transpiraţii şi pierderi în greutate. Hiperventilaţia însoţeşte uneori aceste simptome, producînd altele (vezi mai sus). De asemenea, pot fi şi probleme mintale serioase, cum este starea de confuzie, atacurile de panică şi episoadele maniace în cazurile extreme. O curte marţială a audiat în 1997 cazul unui ofiţer din armata britanică, care băuse un galon de ceai (4,5 litri) în fiecare zi timp de 20 de ani şi care era atît de afectat de dependenţa lui de cofeină, încît pînă la urmă a fost trimis la psihiatru. Ca mulţi cafengii, el refuza să recunoască că consuma excesiv de mult ceai şi că această dependenţă îi crea probleme serioase.

Unii pacienţi care consumă la fel de multă cofeină nu prezintă nici unul din aceste simptome, în schimb vomită violent – acest aspect este întîlnit în special în rîndul consumatorilor de ceai. Prea multă cofeină poate produce de asemenea şi diaree şi dureri abdominale, iar în cazul copiilor poate determina un comportament hiperactiv.

Scanned with OKEN Scanner

Cei care beau mari cantităţi de cafea în timpul orelor de lucru pot suferi de sindrom de abstinenţă la sfîrşit de săptămînă sau pot duce dorul ceşcuţei de cafea de dimineaţă. Ei pot fi iritabili, letargici, depresivi, fără vlagă sau nervoşi. Ameţeala, strănutul şi nasul înfundat sau cu prea mult mucus sînt alte simptome posibile, putînd fi urmate de dureri de cap. Unele cazuri de migrene de weekend se pot datora faptului că nu se mai consumă cofeină.

Un alt simptom care a fost atribuit excesului de cofeină este *sindromul picioarelor neliniştite*. O stare de disconfort extrem în picioare şi cîteodată în mîini îi determină pe cei care suferă de acest sindrom să îşi mişte picioarele în continuu în pat, fapt ce le provoacă insomnie atît lor, cît şi celor cu care dorm.

Dacă sînteţi preocupat de faptul că consumaţi prea multă cofeină sau aveţi simptomele prezentate aici, ar trebui să încercaţi să evitaţi cofeina un timp şi să vedeţi dacă apare vreo diferenţă în starea dumneavoastră. Cantitatea de cofeină ar trebui redusă gradual, pe parcursul a 2-3 săptămîni, pentru a minimiza reacţia de sevraj. Nu uitaţi că există calmante care conţin cofeină; şi eliminaţi-le şi pe acestea.

Anxios, depresiv şi dependent de tranchilizante

Ken avea 40 de ani cînd a fost diagnosticat cu hipertensiune. El lua medicamente care țineau sub control această afecțiune şi nu a mai avut alte probleme de sănătate în următorii patru ani. Apoi a început să aibă dureri în piept, stări de leşin, de greață şi transpirații. Suspectînd un atac de cord uşor, medicul l-a internat în spital, dar testele au fost negative şi Ken a fost externat după cîteva zile. Acesta a părut să fie momentul unei schimbări totale a lui Ken. După ce a părăsit spitalul, el s-a simțit obosit, anxios şi depresiv, aparent fără nici un chef de viață. De asemenea, din cînd în cînd avea atacuri de panică.

S-au încercat terapii prin hipnoză şi electroconvulsive, dar nici una nu a avut efect, astfel încît Ken a devenit puternic dependent de tranchilizante. Pînă la urmă, a fost recomandat unui medic care se interesa de rolul factorilor alimentari în boli şi acesta l-a întrebat de regimul său alimentar zilnic. A ieşit la iveală faptul că Ken bea 20 de ceşcuțe de cafea sau ceai pe zi, foarte tari. I s-a cerut să renunțe la ele, alături de alte băuturi care conțineau cofeină. După cîteva săptămîni el se simțea mai bine şi îi dispăruseră depresia, anxietatea, neliniştea, atacurile de panică, leşinurile şi transpirația. Problemele datorate consumului excesiv de cofeină sînt destul de frecvente, dar nu toată lumea prezintă aceleaşi tip de simptome ca şi Ken. Unii suferă de dureri de cap, alții de dureri abdominale sau stări de vomă ori alte tipuri de simptome (vezi mai mai sus).

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 12

Sindromul de colon iritabil

Sindromul de colon iritabil (SCI) este o problemă foarte comună, caracterizată prin dureri în partea inferioară a abdomenului şi anumite schimbări în comportamentul intestinelor: constipaţie sau diaree ori o alternanţă a celor două. Diferitele forme de SCI sînt frecvent clasificate ca *predominant cu diaree*, *predominant cu constipaţie* şi *alternant*.

Durerea (considerată de-acum simptomul definitoriu al SCI) dispare adesea prin defecare sau flatulare. Durerea poate apărea în timpul meselor, din cauza unui reflex – unul perfect sănătos, care apare la fiecare dintre noi – care stimulează mişcarea în intestine pe măsură ce stomacul se umple. În particular, această mişcare stimulează înaintarea resturilor alimentare din intestinul subţire în colon (intestinul gros). (Schema sistemului digestiv de la p. 26 vă va ajuta să înţelegeţi procesul.) Acest reflex este cel mai puternic după ce se consumă mîncăruri bogate în grăsimi. Se consideră că această mişcare a intestinelor este cea care provoacă durerea din timpul meselor la persoanele ce suferă de SCI. Faptul că durerea apare în timpul mesei nu înseamnă că SCI se datorează neapărat unei sensibilităţi alimentare.

Alte simptome care pot apărea în SCI sînt: eliminarea excesivă de gaze, balonarea, eliminarea unui mucus clar odată cu materiile fecale, scremutul pentru a defeca, nevoia imperioasă de a defeca sau o senzaţie de evacuare incompletă – senzaţia că a mai rămas ceva în rect. Există şi alte simptome care se asociază frecvent cu SCI, inclusiv indigestii, probleme urinare, cum ar fi urinarea frecventă sau nevoia imperioasă de a urina, probleme cu somnul, dureri de cap, fibromialgie, dureri de spate, oboseală şi depresie. Femeile pot avea de asemenea menstruaţii dureroase (şi durerea cauzată de SCI poate atinge cote maxime înainte de ciclu) sau dureri după contactul sexual.

Anumite simptome nu sînt caracteristice SCI: diareea care vă trezeşte noaptea, dureri în timpul nopţii, febră, sînge în fecale şi pierderi în greutate inexplicabile. Dacă prezentaţi orice dintre aceste simptome trebuie să mergeţi fără întîrziere la medic, deoarece ele pot indica un tip mai sever de probleme intestinale.

Nu există teste care să identifice exact prezenţa SCI, de aceea diagnosticul de bazează pe descrierea simptomelor de către pacient. SCI este clasificat ca fiind *o tulburare de funcţionare a intestinelor*, deoarece nu există o boală evidentă care să stea la baza lui – de exemplu, spre deosebire de boala Crohn, colita ulceroasă sau boala celiacă, unde inflamarea intestinelor poate fi uşor observată în timpul endoscopiei şi pentru care există alte teste, cum ar fi analizele de sînge, ce indică prezenţa unei boli (aceste boli sînt clasificate ca fiind *tulburări organice ale intestinelor*).

Diareea sau constipaţia fără durere

O persoană care are diaree cronică (de mult timp), dar nu prezintă şi dureri abdominale, nu va fi considerată ca suferind de SCI, conform criteriilor standard de diagnostic (cunoscute sub denumirea de criteriile Romei II). Totuşi, unii medici afirmă că acest

Scanned with OKEN Scanner

simptom poate fi considerat o formă de SCI. Alţii preferă să-l denumească *diaree funcţională*. În ceea ce priveşte sensibilitatea alimentară, persoanele care prezintă acest tip de simptom răspund de obicei foarte bine la o dietă prin eliminare.

Constipaţiile prelungite în timp, dar neasociate cu dureri, nu vor fi considerate SCI, deşi tratamentele descrise în acest capitol pentru SCI predominant cu constipaţie pot fi eficiente şi în cazul constipaţiei obişnuite.

Dar despre constipaţie şi diaree s-a discutat deja în capitolul 11.

Utilitatea acestui capitol

Prima jumătate a acestui capitol analizează cauzele posibile ale SCI, punîndu-se accentul pe cauzele legate de regimul alimentar. Acesta este un subiect complex, deoarece există o mulţime de puncte de vedere diferite, chiar şi printre medicii care folosesc tratamentul pe bază de dietă pentru SCI sau care consideră flora intestinală ca fiind implicată în SCI. De asemenea, există prea puţine dovezi concrete decît ne-am dori. Prin urmare, nu avem o imagine clară şi nu putem să sintetizăm acest subiect foarte repede. Dacă sînteţi interesat doar să găsiţi un tratament care funcţionează, atunci vă sugerăm să mergeţi la p. 250 şi să începeţi lectura de acolo. Vă puteţi întotdeauna întoarce la prima parte a acestui capitol, pentru a afla mai multe despre explicaţiile care există în spatele fiecărei abordări de tratament pe bază de dietă.

Ce anume provoacă sindromul de colon iritabil?

Au fost identificate o mulţime de cauze ale SCI şi se pare că există mai multe aspecte care pot merge prost şi care produc simptomele. Nu există un acord în ceea ce priveşte cauza cea mai importantă, cauza principală (adică factorul declanşator ce provoacă întreaga problemă). Unii medici consideră că SCI este mai mult o tulburare psihologică decît una fizică, alţii consideră că cele mai multe cazuri sînt cauzate de dezechilibrul florei intestinale în colon (intestinul gros) sau supradezvoltarea bacterială în intestinul subţire, alţii vorbesc despre reacţii de tip sensibilitate alimentară şi, în sfîrşit, unii consideră că SCI se datorează unei anormalităţi în maniera în care muşchii abdominali se mişcă sau că este ceva în neregulă cu modul în care impulsurile nervoase de la intestine sînt interpretate de creier şi, prin urmare, se resimte mai multă durere decît este normal în timpul evenimentelor digestive. Există dovezi în favoarea tuturor acestor puncte de vedere. Mai tîrziu vom analiza cîteva dintre acestea.

Ideea că există o inflamaţie minoră a mucoasei intestinale în SCI a început să cîştige teren în ultimii ani. Această inflamare nu este la fel de severă ca în, de exemplu, boala Crohn sau colita ulceroasă şi nu este evidentă imediat. Prin urmare, a rămas neremarcată o lungă perioadă - şi faptul că SCI este considerat, în foarte multe cercuri, ca fiind o problemă preponderent psihologică sau o problemă de percepţie a durerii nu a încurajat pe nimeni să analizeze această problemă mai îndeaproape. În prezent se realizează din ce în ce mai multe studii şi rezultatele arată un nivel crescut al celulelor imune în mucoasa colonului. La unii pacienţi, aceste celule imune includ celule must şi, împreună cu alte dovezi, acest lucru sugerează că o mică reacţie localizată de tipul IgE joacă un rol în declanşarea SCI la anumite persoane (vezi pp. 247-248). De asemenea, există dovezi că unii pacienţi cu SCI au o uşoară reacţie imunitară împotriva florei intestinale.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru noi este clar că SCI nu este o singură boală, ci un ansamblu de probleme legate între ele. Diversele mecanisme care au fost identificate (vezi mai sus) joacă toate un rol, fiecare adăugînd anumite efecte asupra celorlalte. Pentru fiecare pacient ce suferă de SCI, amestecul de cauze este cel mai probabil diferit.

Deoarece această carte vorbeşte despre sensibilitatea alimentară, ne vom concentra asupra rolului acesteia în SCI, fără a neglija în totalitate celelalte puncte de vedere.

Sensibilitatea alimentară şi SCI – scurt istoric

Testarea pacienţilor cu SCI a fost întotdeauna dezamăgitoare. La unii pacienţi care suferă de această boală poate fi localizată o reacţie IgE în intestine la anumite alimente. Atunci cînd li se fac teste cutanate pentru alergie la alimente sau teste de sînge IgE (vezi capitolul 3), unii dintre ei au răspunsuri pozitive şi pot descoperi că, dacă evită anumite alimente, simptomele de SCI se ameliorează. Dar în cazul celor mai multor pacienţi cu SCI testele IgE şi altele sînt negative. Prin urmare, sensibilitatea alimentară în SCI trebuie să fie investigată şi diagnosticată altfel.

Unul din primele studii ştiinţifice asupra sensibilităţii alimentare în SCI a fost realizat la începutul anilor '80, la spitalul Addenbrooke din Cambridge, de prof. John Hunter şi dr. Virginia Alun-Jones. În experiment au fost incluşi 21 de pacienţi ce au fost supuşi unei diete care nu includea nimic în afară de carne de miel, pere şi apă în prima săptămînă. (Acesta era un tip primar de dietă prin eliminare, care nu mai este atît de folosit acum – vezi pp. 267-268) În cazul celor care se simţeau mai bine în urma acestei diete, alimentele erau introduse ulterior unul cîte unul. Paisprezece dintre pacienţi – 66% – au înregistrat o ameliorare considerabilă a stării lor în urma primei părţi a dietei şi au fost capabili să identifice alimentele-problemă atunci cînd acestea au fost reintroduse.

Unsprezece pacienţi au fost ulterior testaţi dublu-orb pentru a verifica dacă efectele nu erau pur psihologice: se consumau porţii normale din alimentele-problemă, deghizate de un alt gust şi administrate sub forma unui piure care ascundea în mod eficient identitatea alimentului în cauză. Toţi pacienţii au răspuns aproximativ la fel ca atunci cînd consumau alimentul şi puteau să îi simtă şi gustul: simptomele lor au revenit ca reacţie la aceleaşi mîncăruri care au fost identificate şi în testarea deschisă.

O primă critică adusă acestui experiment este că numărul de pacienţi implicaţi este foarte mic. Totuşi, dr. Hunter şi dr. Alun-Jones au realizat ulterior un alt studiu ce a cuprins 122 de pacienţi. De această dată, aproximativ 70% dintre aceştia au răspuns foarte bine la dietă. Cînd persoanelor implicate în experiment li s-a trimis ulterior un chestionar, după 2-3 ani, 86% dintre ei au răspuns, iar dintre aceştia 87% încă mai urmau dieta recomandată (în ciuda tuturor inconvenientelor pe care le implica) şi se simţeau foarte bine. Aceştia reprezintă 75% dintre cei care au beneficiat de o dietă prin eliminare, adică mai mult de jumătate din grupul originar care a început dieta: o cifră impresionantă pentru SCI, o boală în care ameliorările marcante şi durabile sînt rare.

Această informaţie răspunde unui alte critici evidente aduse experimentului, şi anume că nu a inclus şi un grup placebo, un standard obligatoriu în studiile ştiinţifice. Grupurilor placebo li se oferă un tratament fals pentru a măsura beneficiile obţinute din nivelul de speranţă pe care aceştia îl au faţă de un anumit tip de tratament şi pe care medicii îl inspiră (acesta este *efectul placebo* al tratamentului – vezi p. 227). Tratamentul fals trebuie să semene foarte bine cu tratamentul real, deoarece aparenţele acestuia contează foarte mult pentru cei implicaţi în studiu (de exemplu, pastilele de culoare roşie au un efect placebo mult mai puternic decît cele obişnuite, de culoare albă). Din motive evidente, este foarte

Scanned with OKEN Scanner

dificilă divizarea dietelor placebo, astfel încît acestea să semene cu o procedură de investigaţie detaliată necesară pentru o dietă prin eliminare. Metoda prof. Hunter a constat în folosirea ulterioară a testelor alimentare placebo dublu-orb controlate (vezi mai sus) în loc de un grup placebo. Aceste teste au arătat că efectele dietei nu sînt doar de tip placebo. Adăugînd la această informaţie şi îmbunătăţirea remarcabilă a stării de sănătate a acestor pacienţi (efectele placebo au rareori efecte atît de benefice) şi faptul că 75% din cei care au înregistrat ameliorarea se simţeau încă bine în urma dietei doi ani mai tîrziu, efectul placebo pare să fie o explicaţie improbabilă.

Prof. Hunter şi dr. Alun-Jones au studiat ulterior încă 193 de pacienţi, unii dintre ei chiar şi trei ani de zile. Dintre cei care fuseseră trataţi cu succes folosindu-se o dietă prin eliminare, mai mult de 85% încă mai urmau dieta respectivă şi starea lor se menţinuse bună.

Au mai existat două studii majore în care s-a folosit dieta prin eliminare, unul la infirmeria Radcliffe din Oxford, cu 189 de pacienţi, şi altul la Universitatea din Bologna, cu 171 de pacienţi care au urmat dieta. Toate aceste experimente au fost bine proiectate şi organizate şi au fost publicate în jurnale ştiinţifice cunoscute. Cei care au răspuns bine la dietă printr-o ameliorare substanţială a stării lor (şi s-au simţit bine în continuare) au reprezentat un procent de 36% în experimentul din Oxford şi un procent de 60% în cadrul experimentului italian.

În cadrul acestor studii au fost eliminate mai puţine alimente comparativ cu experimentul din Cambridge, ceea ce explică ratele de succes diferite – în cadrul oricărei diete prin eliminare, *cu cît se permite consumarea mai multor alimente, cu atît mai multe reacţii de sensibilitate vor fi scăpate din vedere*, pentru simplul fapt că unele persoane sînt sensibile la alimentele care nu au fost niciodată excluse. Ratele de succes din cadrul celor trei grupuri de cercetare – Cambridge, Bologna şi Oxford – corespund bine cu numărul de alimente excluse la începutul dietei prin eliminare. Acesta este un aspect important care este frecvent trecut cu vederea de către medicii nefamiliarizaţi cu dietele prin eliminare. Aceasta explică diferenţele între ratele de succes ale diverselor cercetări. Dietele prin eliminare care elimină cele mai multe alimente la început oferă o imagine corectă dspre cît de obişnuită este sensibilitatea alimentară în SCI – sau în boala studiată.

(Remarcaţi faptul că dieta prin eliminare, descrisă în capitolul 14, ocoleşte această problemă, oferind o modalitate de a detecta fiecare sensibilitate alimentară neobişnuită, fără a trebui să treceţi printr-o rutină dificilă care să implice doar carne de miel şi pere.)

Alte încercări de evitare a unor alimente în SCI au avut o rată de succes mult mai scăzută dar în toate cazurile au existat defecte majore în procedură. Un studiu realizat la Universitatea din Manchester la începutul anilor '80 a analizat 27 de pacienţi care fuseseră trimişi la secţia de alergologie a unui spital, deoarece se consideră că SCI era cauzat de mîncare. Nu toată lumea a fost supusă unei diete prin eliminare complete. În cazul multora, tipurile de alimente excluse în prima etapă a dietei nu erau suficient de multe, şi două dintre alimentele-problemă cele mai frecvente, grîul şi citricele, erau adesea permise. Această abordare cu siguranţă nu putea să ajute multe dintre persoanele cu sensibilitate alimentară.

Cînd s-a realizat testarea placebo dublu-orb controlată (vezi p. 229), mulţi dintre pacienţi au fost testaţi folosindu-se cantităţi mici de mîncare, conţinute în nişte capsule. Această metodă este potrivită pentru testarea unei alergii alimentare IgE, dar funcţionează rareori în cazul intoleranţei alimentare – în cazul celor mai mulţi pacienţi este necesară o porţie bună de mîncare pentru a determina o reacţie din partea acestora. Prin urmare, mulţi dintre cei care au identificat alimente-problemă la testarea deschisă au obţinut rezultate negative la testarea placebo dublu-orb controlată.

Credibilitatea pacienţilor a trebuit să facă faţă şi unei alte lovituri atunci cînd ei au fost evaluaţi de către un psihiatru ce a descoperit că cei mai mulţi sufereau de „probleme

Scanned with OKEN Scanner

psihiatrice minore". Conform studiului publicat, psihiatrului nu i s-au dat spre evaluare pacienţii suferinzi de SCI sub anonimat, amestecaţi într-un grup de persoane care să includă şi pacienţi cu probleme psihiatrice, precum şi pacienţi complet sănătoşi. Aceasta ar fi reprezentat o modalitate validă de a le studia starea psihologică în mod imparţial. Se pare că psihiatrul ştia cine sînt aceşti pacienţi şi pentru ce erau examinaţi. Şi, de asemenea, ştia că ceilalţi medici implicaţi în studiu erau sceptici în ceea ce priveşte probabilitatea ca sensibilitatea alimentară să fie o cauză a SCI.

Studiul a identificat o sensibilitate alimentară veritabilă la numai 11% dintre pacienţii studiaţi. Datorită faptului că exista o diferenţă între rezultatele obţinute la testarea deschisă cu alimente şi testarea cu capsule ce conţineau aceleaşi alimente, cercetătorii au concluzionat că un mare număr de pacienţi reacţionau la alimente doar cînd ştiau ce mănîncă şi nu cînd alimentul-problemă era deghizat. Prin urmare, reacţiile lor la alimente au fost etichetate ca fiind „psihogenice".

Studiul a fost publicat în 1983 şi, în ciuda erorilor evidente de procedură, el a fost recomandat peste tot şi aprobat de revistele de specialitate, probabil din cauză că ajuta la confirmarea concepţiei convenţionale că intoleranţa la mîncare era irelevantă în cazul majorităţii celor care sufereau de SCI. Titlul unui articol de evaluare publicat în 1990 – „Sensibilitate alimentară sau autodecepţie?" – sintetizează curentul general de opinie.

Rezultatele bune ale altor studii ce folosiseră dieta prin eliminare au fost prin urmare discreditate. Cei mai mulţi medici generalişti nu au timp să citească în întregime rapoartele asupra studiilor şi, prin urmare, trebuie să se bazeze pe ceea ce spun articolele de evaluare a acestor studii. Astfel, e uşor ca o cercetare bună să fie lăsată la o parte şi ignorată dacă nu se potriveşte cu opiniile convenţionale.

Ca să fim cinstiţi, problema este că majoritatea specialiştilor consideră dieta prin eliminare ca fiind consumatoare de timp şi complicată şi oricum sînt convinşi că pacienţii lor nu o vor urma în întregime. Pînă la un anumit punct ei au dreptate: pacienţii trebuie să înţeleagă obiectivul acestei diete şi să se angajeze că o vor urma în întregime. Exceptînd situaţia în care gastroenterologii au o echipă de nutriţionişti experimentată şi entuziastă pentru a trece prin etapele de bază ale dietei prin eliminare cu pacienţii lor, aceasta nu reprezintă o abordare practică într-o clinică foarte ocupată.

O nevoie nesatisfăcută

După 20 de ani, SCI rămîne o problemă medicală nerezolvată, în ciuda sumelor imense de bani investite în cercetare pentru a găsi un medicament sau un tratament psihologic ce poate ajuta în mod real un număr semnificativ de pacienţi. Cel mai bun efect pe care îl poate avea un tratament medicamentos se limitează la ameliorarea simptomelor pînă la un anumit nivel.

Între timp, mulţi pacienţi au auzit că mîncarea poate fi o problemă şi au experimentat singuri un tratament pe bază de dietă, cîteodată cu rezultate foarte bune. Din cauza faptului că primesc puţin ajutor din partea medicilor, mulţi alţi pacienţi ce suferă de SCI şi sînt interesaţi să afle mai multe despre sensibilitatea alimentară şi-au concentrat atenţia către metodele alternative de diagnostic.

Golul din abordarea medicală în ceea ce priveşte factorul alimentar în SCI a fost umplut de o varietate uimitoare de metode de testare oferite atît pentru SCI, cît şi pentru sensibilitatea alimentară în general. Unele sînt atît de bizare încît dispar de pe piaţă imediat, în timp ce altele par mai plauzibile.

Totuşi, chiar şi cele mai promiţătoare teste nu rezistă analizei obiective, ceea ce este dezamăgitor, deoarece toată lumea şi-ar dori să găsească un test simplu care să funcţioneze cu adevărat. Unele metode de testare îşi au originea în abordarea ştiinţifică a sensibilităţii

Scanned with OKEN Scanner

alimentare, dar nici una nu este suficient de bună pentru a putea constitui un test util (vezi pp. 64-65).

Totuşi, pacienţii care suferă de SCI îşi doresc ca medicii să ia în considerare şi sensibilitatea alimentară, iar medicii îşi doresc să găsească o metodă simplă de a se ocupa de pacienţii lor. Prin urmare, un test ce pare să fie ştiinţific şi să aibă succes cu siguranţă va fi foarte atractiv. Şi aici îşi fac apariţia testele pentru anticorpii IgG şi pentru anticorpii IgG_4.

Aceste teste sînt promovate în cercurile medicale de către companiile de testare comercială, dar li se face publicitate şi la nivelul publicului general. Testul chiar măsoară ceva real, dar oferirea de indicii în ceea ce priveşte sensibilitatea alimentară este o cu totul altă problemă – adevărul este că toată lumea produce aceşti anticorpi la mîncare. Cîteva cercetări publicate demonstrează că, dacă sînt disponibili suficienţi pacienţi cu SCI pentru a fi testaţi în acest fel, unii dintre aceştia vor beneficia de dietele bazate pe rezultatele testelor. Aceste studii nu verifică deloc metoda de testare IgG, aşa cum au subliniat unii medici. (Modalitatea prin care această abordare poate duce la obţinerea de rezultate bune în cazul unor persoane este explicată la p. 64) Dacă măsurarea anticorpilor IgG ar fi eficientă, ar fi de aşteptat ca rezultatele obţinute – numărul de persoane care beneficiază în mod substanţial în urma unei diete bazate pe IgG – să le concureze pe cele obţinute în urma realizării unei diete prin eliminare. În realitate, testele IgG au rezultate mult mai slabe prin comparaţie (vezi p. 63).

Dar, în condiţiile în care cei mai mulţi medici nu au nici o idee despre tipul de răspuns pe care îl poate determina o dietă prin eliminare – nu au citit niciodată studiile descrise la pp. 238-239 –, ei nu ştiu acest lucru. Studiul, publicat în tiraj mic, care demonstra că nu există o relaţie importantă între rezultatele testelor IgG şi testele de sensibilitate alimentară probabil că le este necunoscut celor mai mulţi medici. Acel tip de studiu, care ar fi putut să demonstreze cu siguranţă dacă testele IgG funcţionează sau nu, nu a fost repetat în mod formal. (Cîţiva medici le-au repetat într-o manieră informală, pentru a evalua testele IgG pentru ei înşişi. De exemplu, prof. Hunter a luat mostre de sînge de la 20 dintre pacienţii săi pentru a le testa pentru anticorpii IgG înainte de a-i introduce într-o dietă prin eliminare – iar alimentele identificate în urma acestui test nu erau decît puţin compatibile cu cele identificate în urma dietei. Alţi medici care au realizat teste informale de acest tip la scară mică au obţinut aceleaşi rezultate.)

Înţelegerea medicală a testării IgG şi IgG_4 este limitată pînă acum, dar atracţia este evidentă. Şi există fonduri de cercetare disponibile pentru studii ulterioare de tipul celor descrise anterior – cele care folosesc testarea IgG pentru a elabora diete, dar care nu încearcă să descopere cît de mult se apropie răspunsurile pozitive IgG de răspunsurile reale ce apar ca reacţie la alimente.

Temerea este că, dacă se mai fac cîteva studii de acest tip, testarea IgG poate începe să pară ca fiind un test valid, pentru simplu fapt că există un număr de cercetări publicate ce obţin cîteva rezultate pozitive. Pentru medicii ocupaţi, care ştiu puţin sau nimic despre sensibilitatea alimentară în SCI şi care poate nu au auzit niciodată despre studiile mai vechi ce au folosit dieta prin eliminare, aspectele îndoielnice ale testării IgG s-ar putea să nu fie atît de evidente. Un test care să identifice factorii alimentari problematici în SCI – orice test – poate părea un dar divin oferit tuturor pacienţilor cu SCI care continuă să se întrebe dacă nu cumva alimentaţia este problema. Există riscul ca aceste teste să devină parte a practicii în medicină, deşi nu s-a demonstrat că ele chiar funcţionează, şi să ofere rezultate care îi pot debusola şi orienta greşit pe mai mulţi pacienţi.

Scanned with OKEN Scanner

Cum se poate explica sensibilitatea alimentară în SCI?

De ce unii pacienţi cu SCI răspund atît de bine la o dietă prin eliminare? Remarcaţi faptul că există răspunsuri specifice la anumite alimente (să zicem, portocale sau carne de vită) mai degrabă decît un răspuns general la o categorie mai largă de substanţe dietetice, cum ar fi fibrele sau grăsimea, ori o reacţie la un ingredient specific existent în mai multe alimente, cum ar fi fructoza. Există două explicaţii plauzibile:

- există un anumit tip de reacţie imună la alimentul respectiv în mucoasa tractului digestiv, care produce o inflamaţie minoră ce determină ulterior simptomele;
- alimentul stimulează dezvoltarea unor specii particulare de bacterii sau funguşi în flora intestinală şi aceşti microbi produc o toxină ce tulbură mucoasa intestinală şi provoacă simptomele sau pur şi simplu determină producerea de gaz, provoacă balonare şi dureri.

Prof. Hunter susţine a doua explicaţie. El şi echipa lui de cercetători au demonstrat într-un studiu interesant, cu pacienţi care trecuseră deja printr-o dietă prin eliminare, că apare o schimbare în activitatea de fermentaţie din flora intestinală atunci cînd anumite alimente, identificate în urma dietei prin eliminare ca fiind factorii ce cauzează simptomele, sînt consumate sau nu.

Dovezile în favoarea primei explicaţii – că este o sensibilitate imunitară la alimentele-problemă – fac legătura cu subgrupuri specifice de pacienţi ce suferă de SCI. Tipurile de reacţii imune implicate sînt destul de variate. Vom analiza aceste dovezi în detaliu mai tîrziu în acest capitol. Noi considerăm că, luate împreună, aceste observaţii sugerează că este posibil să existe răspunsuri imune localizate de intensitate joasă la alimentele ce provoacă simptomele de SCI într-un grup mai larg de persoane care suferă de această boală.

Opinia noastră este că ambele mecanisme au un rol. Cu alte cuvinte, reacţiile la anumite alimente la pacienţii ce suferă de SCI pot fi cauzate de diferite mecanisme: unele pot avea efect asupra unui aspect particular al florei intestinale, în timp ce altele se datorează unei reacţii imunitare localizate în intestin, ce implică alimentul-problemă.

Flora intestinală în SCI

Multe dovezi sugerează că flora intestinală (acele elemente de bază din intestinul gros care există pe tot parcursul vieţii – vezi p. 39) poate juca un rol în SCI. În primul rînd, există diferenţe între flora intestinală tipică a unei persoane ce suferă de SCI şi cea care poate fi observată la persoanele sănătoase. Mai multe grupuri de cercetare au descoperit că bolnavii de SCI tind să aibă un număr mai mic de bacterii ce sînt cunoscute pentru efectele lor benefice, cum ar fi bifidobacteriile şi lactobacilii, în timp ce nivelurile celor care nu sînt atît de bune (cum ar fi enterobacteriile, colifoarmele şi bacteroidele) sînt mai mari. Variaţii remarcabile ale florei intestinale au fost identificate şi la comparaţia persoanelor ce suferă de SCI predominant cu constipaţie cu cele care suferă de SCI predominant diareic şi cele care au SCI alternativ.

O altă dovadă se referă la modul în care debutează SCI. Nu este neobişnuit ca acesta să înceapă să se dezvolte la debutul unei gastroenterite ce cauzează diaree severă. Foarte frecvent, bolnavii de SCI declară acest lucru, iar un studiu recent realizat în Canada,

Scanned with OKEN Scanner

consecutiv unei epidemii de gastroenterită cauzată de bacteriile din apa de la robinet, a confirmat această observaţie. În rîndul celor care au fost afectaţi de virus, 36% sufereau de SCI doi ani mai tîrziu, faţă de numai 10% dintre cei care nu s-au îmbolnăvit în timpul epidemiei. Diareea frecventă duce la eliminarea multor microbi ce există în intestine, ceea ce poate duce la un dezechilibru între diverse specii. Este posibil ca echilibrul iniţial să nu se restabilească niciodată la unele persoane.

De asemenea, SCI poate fi declanşat şi de un tratament cu antibiotice. La începutul anilor '80, profesorul Hunter a remarcat că multe dintre pacientele sale sufereau de SCI imediat după ce avuseseră o operaţie de histerectomie. Acest lucru părea ciudat pînă cînd el a descoperit că înainte de operaţie respectivele femei primeau doze mari de antibiotice pentru a preveni infecţiile ulterioare. Ulterior s-a realizat un experiment în care o parte dintre pacientele care trebuiau să facă histerectomie erau supuse unui tratament cu antibiotice înainte de intervenţie, iar o parte nu: 11% din cele din primul grup au dezvoltat SCI, dar nici una din cel de-al doilea grup. Studiile mai recente realizate de medici din Londra şi Surrey au confirmat faptul că riscul de a dezvolta SCI este de aproximativ trei ori mai mare la persoanele care au urmat recent un tratament cu antibiotice. Bineînţeles, antibioticele omoară bacteriile şi se ştie faptul că au efecte şi asupra florei intestinale.

Cîteva grupuri de cercetare au realizat studii foarte detaliate asupra compoziţiei florei intestinale în cazul persoanelor ce suferă de SCI. O descoperire izbitoare a fost că, cel puţin la unii pacienţi cu SCI, amestecul de specii din flora intestinală variază foarte mult de-a lungul timpului. La persoanele sănătoase, această compoziţie este destul de stabilă.

Pare plauzibilă explicaţia că, odată ce o infecţie sau un tratament cu antibiotice, de exemplu, a omorît cîteva dintre speciile de bacterii existente în intestin de la naştere al căror sistem imunitar era foarte bine adaptat, rămîn nişte goluri care de obicei sînt umplute de alte specii, cum sînt cele care se introduc în organism prin intermediul alimentelor. Fiecare dintre acestea se dezvoltă mult o perioadă înainte să dispară (probabil din cauză că sînt omorîte de sistemul imunitar), doar pentru a fi înlocuite de alte specii. Unele dintre aceste specii care există pasager pot afecta intestinul într-un anumit fel, iar altele în alt fel.

Dacă o tulburare apărută în flora intestinală reprezintă un factor declanşator al SCI, atunci s-ar putea ca acesta să fie tratat cu ajutorul probioticelor. O altă abordare promiţătoare este adaptarea regimului alimentar, de exemplu, prin reducerea cantităţii de fibre şi fructoză ingurgitate, astfel încît să se schimbe materia ce trece prin colon şi alimentează flora intestinală. Ambele tipuri de tratament sînt descrise mai detaliat în cea de-a doua parte a acestui capitol.

Este SCI doar SIBO?

În colon (intestinul gros) există un număr mare de bacterii, în timp ce în intestinul subţire găsim mult mai puţine, exceptînd partea terminală a ileonului, situată lîngă colon (vezi figura de la p. 26). Totuşi, se poate întîmpla ca bacteriile din colon să înainteze mai departe în intestinul subţire şi să se înmulţească acolo, fermentînd mîncarea digerată parţial care ajunge în intestinul subţire. Acest fenomen este cunoscut sub numele de *supradezvoltare bacteriană în intestinul subţire* sau *SIBO*. Este o boală foarte bine cunoscută, ale cărei simptome sînt diareea, balonarea, durerile şi malabsorţia substanţelor nutritive şi care poate fi tratată foarte eficient cu antibiotice.

Problemele de peristaltism intestinal (de exemplu, modificările apărute în mişcările musculare care împing mîncarea de-a lungul intestinului) sînt cunoscute pentru faptul că încurajează dezvoltarea SIBO. Patternul normal de motilitate (*peristaltism* – vezi p. 22)

Scanned with OKEN Scanner

constă în mişcări regulate ce avansează, împingînd treptat conţinutul intestinului subţire înainte. Acest lucru are un efect benefic prin faptul că „curăţă" în mod repetat intestinul subţire, eliminînd bacteriile invadatoare provenite din colon. Într-un intestin sănătos, aceste mişcări regulate limitează intruşii la partea terminală a intestinului subţire.

Dacă mişcările intestinului subţire sînt reduse sau dezorganizate – cîteodată materiile sînt împinse în direcţia greşită –, bacteriile provenite din colon nu sînt eliminate în mod eficient. Dacă nu sînt trimise în locul unde ar trebui să fie, SIBO se poate dezvolta mai uşor.

Ideea că SIBO ar putea fi un factor major ce contribuie la apariţia SCI la un mare număr de pacienţi a fost propusă de o echipă de cercetători de la centrul medical Cedar-Sinai din Los Angeles, condusă de dr. Mark Pimentel.

Proasta motilitate a intestinelor este cu siguranţă o caracteristică a SCI, şi aceşti cercetători sugerează că problema creşte riscul de apariţie a SIBO. Studiile lor identifică această problemă la aproximativ 80% dintre persoanele ce suferă de SCI, o cifră fiind considerată de alţi cercetători ca fiind mult prea mare. Aceste afirmaţii (şi ideea asociată că antibioticele sînt un tratament eficient pentru SCI) au beneficiat de multă publicitate în rîndul pacienţilor cu SCI, de aceea le vom analiza mai în detaliu.

Există îndoieli îndreptăţite legate de metodele ştiinţifice de diagnosticare a SIBO în aceste studii. Dr. Pimentel şi echipa sa au folosit două teste de respiraţie: teste de respiraţie pentru glucoză şi teste de respiraţie pentru lactoză. Atît glucoza, cît şi lactoza sînt zaharuri şi produc hidrogen în respiraţie dacă ajung în contact cu un mare număr de bacterii la nivelul intestinului (este acelaşi principiu ca în testul de respiraţie folosit pentru diagnosticarea intoleranţei la lactoză – vezi capitolul 9). Lactoza este complet nedigerabilă pentru oameni, prin urmare trece prin sistemul digestiv pînă ajunge în colon şi acolo produce o mare cantitate de hidrogen la orice persoană, sănătoasă sau nu. În cazul SIBO, spune teoria mai departe, vor fi două valori maxime ale hidrogenului – una iniţială, atunci cînd lactoza ajunge la bacteria ce a ajuns în mod greşit în intestinul subţire, şi una ce apare mai tîrziu, atunci cînd lactoza ajunge în colon. Sau va fi doar un vîrf, dar acesta va apărea la 90 de minute de la ingurgitarea lactozei şi va atinge cel mai înalt nivel în trei ore. Acest lucru se presupune că indică existenţa SIBO, deoarece este puţin probabil ca lactoza să ajungă în colon într-o perioadă atît de scurtă.

În cazul testului de respiraţie se urmăreşte cînd apare valoarea maximă de hidrogen: dacă aceasta se produce în 90 de minute de la ingerarea dozei de glucoză, atunci se consideră că testul este pozitiv.

Alţi cercetători consideră că aceste teste sînt prea imprecise şi că multe dintre persoanele diagnosticate cu SIBO în acest fel de fapt nu au această problemă – ele sînt pur şi simplu persoane în cazul cărora o cantitate mică de material testat, cum este acesta, ingerat pe stomacul gol, ajunge în colon de două ori mai repede. Bacteria din colon (cu alte cuvinte, flora bacteriană normală) este cea care produce hidrogenul.

O echipă de medici din Suedia, ce a folosit o altă formă de diagnosticare, a găsit rate mult mai mici de SIBO în cazul pacienţilor cu SCI. Testul lor de diagnostic presupunea prelevarea de fluid direct din jejun (zona mijlocie a intestinului subţire) şi examinarea lui pentru a identifica bacteriile existente. Ei afirmă că această metodă este mult mai precisă. Dr. Pimentel consideră că această metodă de diagnostic pierde din vedere cazurile în care supradezvoltarea are loc în cealaltă parte a intestinului subţire, partea de început şi de mijloc a ileonului. Acesta s-ar putea să fie un punct de vedere valid, deoarece ileonul este mai predispus să fie afectat de incursiunile bacteriene. Prelevarea de probe din părţile anterioare şi mijlocii ale ileonului este prea dificilă – pur şi simplu nu se poate ajunge la ele, nici prin gură, nici prin anus – prin urmare această controversă nu poate fi rezolvată cu uşurinţă.

Scanned with OKEN Scanner

Cercetătorii suedezi au încercat testele de respirație pentru hidrogenul rezultat din glucoză în cazul pacienților ce sufereau de SCI și nu au obținut la fel de multe rezultate pozitive ca dr. Pimentel, exceptînd situația în care testul de respirație a fost realizat într-un anumit fel. În această situație s-au obținut rezultate pozitive la 78% din pacienții cu SCI – dar această metodă a dus la obținerea de rezultate pozitive și la 70% din persoanele sănătoase care au fost testate pentru a se putea face comparație.

Folosind propria metodă de diagnostic, cercetătorii suedezi au diagnosticat SIBO la doar 4% dintre pacienții lor cu SCI – și această problemă a fost identificată și la subiecții sănătoși, în exact aceeași proporție.

Pe scurt, acesta este un subiect foarte controversat și nu putem spune cu certitudine cît de important este SIBO în SCI. Cei mai mulți cercetători consideră că este puțin probabil ca această tulburare să fie responsabilă de apariția unui număr mare de cazuri. Ideea că cele mai multe cazuri de SCI sînt de fapt SIBO cu siguranță nu a fost acceptată de toată lumea. Aceasta nu înseamnă că nu este adevărat că unele persoane cu SCI suferă în același timp și de SIBO și că în mod indiscutabil acest lucru le înrăutățește simptomele.

Bazîndu-se pe propria metodă de diagnostic, dr. Pimentel a prescris antibiotice multor persoane ce sufereau de SCI. Dacă în cazul lor SIBO chiar există, atunci acesta este un tratament util. Dar dacă diagnosticul este greșit? Aceste antibiotice tot ar putea să amelioreze simptomele de SCI temporar, dacă acestea reduc în mod selectiv numărul de bacterii dăunătoare din colon (în loc să afecteze orice bacterie din intestinul subțire). Într-adevăr, este cunoscut faptul că unii pacienți cu SCI se simt mai bine după un tratament cu antibiotice (prescris pentru o altă problemă, cum ar fi o infecție în gît). Dar de obicei efectele pozitive se mențin doar pe durata tratamentului. Prin urmare, prescrierea de antibiotice pentru persoanele care nu suferă de SIBO foarte probabil nu va determina beneficii pe termen lung.

Dr. Pimentel susține că atunci cînd pacienților lor li s-a administrat un tratament cu antibiotice, dacă ei au răspuns bine la acesta, îmbunătățirile au fost de durată. Totuși, studiile sale au arătat că numărul celor care reacționează bine la antibiotice, dintre cei diagnosticați cu SIBO prin metoda sa de testare, este de doar 35%. (Dintre pacienții cu SIBO – mai degrabă decît cei care au pur și simplu SCI – diagnosticați în alte clinici, *majoritatea* vor scăpa de simptome atunci cînd iau antibiotice). Aceste rezultate aruncă un plus de îndoială asupra diagnosticului inițial de SIBO la acești pacienți.

Această controversă pare că va mai dura mult timp. Luînd în considerare dovezile existente pînă acum, nu ne putem încrede foarte mult în existența SIBO la pacienții cu SCI.

Fibrele și SCI

Fibrele reprezintă reziduurile nedigerabile din mîncărurile pe bază de plante care trec prin colon și sînt consumate de flora bacteriană (vezi capitolul 2). Fibrele au efecte benefice asupra colonului. Printre altele, ele absorb apa și dau volum materiilor fecale. Datorită volumului crescut se stimulează mișcările intestinale care duc la defecație. (Capacitatea fibrelor de a face materiile fecale mai jilave și, prin urmare, mai moi este de asemenea utilă în cazul persoanelor cu tendință de constipație și de a elimina fecale tari, uscate.)

În general, dietele occidentale obișnuite conțin prea puține fibre și creșterea consumului de fibre poate avea efecte benefice asupra sănătății generale a populației.

În SCI, experimentele au demonstrat că un consum crescut de fibre este util în cazul unor persoane – mai ales al celor care suferă de constipație –, deși tărîțele de grîu

Scanned with OKEN Scanner

recomandate în mod tradiţional pacienţilor cu SCI sînt probabil cel mai puţin folositoare şi îi fac pe unii să se simtă chiar mai rău (vezi mai jos).

În timp ce consumul crescut de fibre (de tipul potrivit) în mod evident îi ajută pe unii bolnavi de SCI, în cazul altora orice dietă bazată pe consumul mare de fibre înrăutăţeşte simptomele. Altora, consumul mai scăzut de fibre le îmbunătăţeşte starea. Profesorul Hunter a studiat fermentaţia la pacienţii cu SCI în timp ce aceştia urmau o dietă obişnuită şi în timp ce urmau o dietă bazată pe lichide, fără nici un fel de fibre. (Apropo, aceasta nu era o dietă elementară – conţinea toate proteinele care acţionau ca antigeni.) În cazul dietei fără fibre, producţia de gaze (hidrogen şi metan) de la nivelul florei intestinale a scăzut în mod dramatic şi, în acelaşi timp, simptomele s-au ameliorat foarte mult.

Producţia de gaze determinată de fibre provoacă dureri persoanelor ce suferă de SCI datorită *hipersensibilităţii viscerale* (adică faptului că sînt foarte sensibili la orice expansiune sau presiune existentă la nivelul intestinelor). Este cunoscut faptul că persoanele cu SCI resimt mai multă durere cînd intestinul este extins decît altele. Introducerea unor baloane umflate în intestin (cîte mai ajung să facă oamenii de ştiinţă!) şi înregistrarea presiunii la punctul în care durerea este resimţită au demonstrat acest lucru.

Alte dovezi sugerează faptul că la persoanele cu SCI absorbţia gazelor produse – adică, transferarea lor din colon în circulaţia sangvină – este mai puţin eficientă. Aceasta este ruta normală în cazul celor mai multe gaze pe care le produc persoanele sănătoase: acestea trec în sînge şi sînt apoi eliminate la nivelul plămînilor. Cînd gazul este produs la rate stabile şi nu în cantitate foarte mare odată, ruta obişnuită rezolvă problema şi eliminarea de gaze prin anus nu are loc foarte des.

Dacă se produce o cantitate prea mare de gaze odată (ca atunci cînd se consumă fasole), aceasta poate depăşi capacitatea de absorbţie şi atunci gazul este eliminat prin anus. În situaţia în care absorbţia nu funcţionează cum trebuie, cum este cazul persoanelor cu SCI, atunci, în loc ca gazele să fie eliminate din corp prin respiraţie, ele se acumulează în intestine. Aceasta determină o extindere a intestinelor, ceea ce provoacă durere, din cauza hipersensibilităţii viscerale (vezi mai sus). Gazele îşi găsesc pînă la urmă calea de a ieşi afară prin anus şi durerea dispare.

O altă ipoteză este că fibrele pot avea un rol în agravarea dezechilibrului de la nivelul florei intestinale, despre care s-a dovedit că există măcar la unii pacienţi cu SCI. Probabil că fibrele – sau poate numai anumite tipuri de fibre – pot înrăutăţi problema deoarece stimulează dezvoltarea bacteriilor „rele" în flora intestinală, în loc să stimuleze dezvoltarea celor „bune". Acesta este un efect mai specific decît provocarea generală de durere prin producerea rapidă de gaz şi extensia intestinului.

Mituri legate de fibre

Fibrele pot fi solubile în apă (de exemplu, pectina) sau insolubile în apă (de exemplu, celuloza). Există în rîndul nutriţioniştilor care practică medicina alternativă convingerea că doar fibrele solubile sînt fermentate de flora intestinală. Acest lucru nu este corect – flora intestinală poate fermenta şi o mare parte din fibrele insolubile. O altă idee greşită este că fibrele ce nu sînt fermentate se vor acumula pur şi simplu în colon şi vor determina probleme intestinale. Această credinţă este de fapt opusă realităţii. Orice reziduu care nu este digerat sau fermentat va fi eliminat prin intermediul fecalelor. De fapt, va creşte viteza de înaintare a materiilor fecale prin colon, le va face mai moi şi mai uşor de eliminat.

Scanned with OKEN Scanner

Intoleranța la lactoză, fructoză și sorbitol în SCI

Pentru unele persoane care suferă de SCI, dificultățile de digerare și/sau absorbție a anumitor zaharuri pot reprezenta un factor ce contribuie la apariția simptomelor. Dacă aceste zaharuri ajung în colon, bacteriile de aici vor produce gaze atunci cînd le descompun. Acest lucru duce la presiuni asupra intestinului și prin urmare dureri.

Aproximativ 25% din persoanele din Marea Britanie ce suferă de SCI au intoleranță la lactoză, fiind diagnosticate cu testul de respirație pentru hidrogen (o rată mai mare decît în cazul populației globale). Totuși, numai 30%-40% dintre acestea prezintă ameliorări substanțiale atunci cînd urmează o dietă ce implică eliminarea lactozelor. S-ar putea ca testul de respirație pentru hidrogen pentru a identifica intoleranța la lactoză, un test cu o reputație destul de proastă în general (vezi pp. 175-176), să fie neconcludent mai ales în cazul pacienților cu SCI – o primă explicație ar fi că producția de hidrogen este oricum mare la ei. O altă explicație este că aceste persoane *sînt* intolerante la lactoză, dar altceva întreține simptomele de SCI, în ciuda dietei fără lactate: de exemplu, intoleranța la un alt aliment sau o problemă cu fibrele cauzată de tulburări ale florei intestinale.

Alte studii, realizate de echipe de cercetare din Australia, au demonstrat că problema absorbției fructozei este mai întîlnită la persoanele cu SCI decît în rîndul populației generale. De asemenea, sorbitolul și xilitolul, dacă sînt consumate în exces, pot provoca simptome caracteristice SCI. (Capitolul 10 oferă mai multe detalii despre intoleranța la toate aceste zaharuri.)

SIBO, lactoza și fructoza

Rețineți faptul că, dacă suferiți într-adevăr de SIBO (vezi p. 243), testele de respirație pentru hidrogen pentru a identifica intoleranța la lactoză și malabsorția fructozei (vezi mai jos) pot fi foarte bine pozitive, chiar dacă dumneavoastră nu aveți într-adevăr aceste probleme. Acest lucru se întîmplă deoarece bacteriile din intestinul subțire încep să descompună aceste zaharuri înainte ca ele să poată fi digerate și absorbite complet la acest nivel. Cu alte cuvinte, aveți fermentație în intestinul subțire, spre deosebire de o persoană sănătoasă la care fermentația are loc doar în colon (intestinul gros). După un tratament cu antibiotice, testele de intoleranță la lactoză și malabsorbție a fructozei ar trebui să se normalizeze.

SCI și reacțiile imunitare la alimente

Alergiile IgE la nivel intestinal

Atunci cînd SCI apare în afecțiunile atopice – adică la persoanele care au alergii sau care provin dintr-o familie predispusă la alergii –, este posibilă o reacție IgE la alimentele ce ajung în intestin. Cîteodată aceste reacții pot fi identificate cu ajutorul testelor cutanate sau cu testele de sînge pentru identificarea IgE, dar cel mai adesea aceste teste nu sînt de ajutor.

Medicii de la Școala de Medicină din Hanovra, Germania, au descoperit o modalitate de investigare directă a reacției care apare în colon la diverse alimente (vezi p. 51). Această metodă, cunoscută sub denumirea de testul COLAP, poate fi numită testul cutanat pentru intestine!

Folosind această metodă, echipa din Hanovra a studiat mai mulți pacienți care s-au internat cu simptome cum ar fi diareea sau constipația, durerile și gazele. O parte dintre

Scanned with OKEN Scanner

aceştia au fost diagnosticaţi – atunci cînd au fost examinaţi intern – cu boala Crohn, boală celiacă sau tulburare eozinofilică. Dar cei mai mulţi nu aveau o boală care să stea la baza acestor simptome şi de aceea au fost identificaţi ca suferind de SCI.

Toţi pacienţii incluşi în acest experiment au fost aleşi deoarece considerau că anumite alimente reprezintă factori declanşatori ai simptomelor intestinale. (Totuşi, ei nu căutaseră în mod sistematic să identifice sensibilitatea alimentară folosind o metodă de diagnosticare bazată pe o dietă prin eliminare). Atunci cînd au fost testaţi COLAP pentru alimentele în legătură cu care aveau suspiciuni, acestea au fost confirmate în peste 50% din cazuri. Alte alimente, care nu fuseseră suspectate, au determinat o reacţie în 34% dintre teste. Cea mai interesantă descoperire a fost că, dacă pacienţii aveau rezultate pozitive la testele cutanate sau la testele de sînge IgE la alimente, acestea apăreau pentru alimente *diferite*. Răspunsurile reale la alimente au puţină legătură cu pielea şi cu testele de sînge, prin urmare de obicei nu se potrivesc foarte bine cu rezultatele testelor COLAP.

Acolo unde au apărut rezultate pozitive la diverse ingrediente alimentare, pacienţii au fost rugaţi să le evite. O parte dintre ei făceau deja acest lucru, deoarece aveau suspiciuni în ceea ce le priveşte chiar de la început. Altele nu păreau să reprezinte un factor-problemă, dar atunci cînd au fost evitate au determinat ameliorarea simptomelor SCI.

O obiecţie evidentă la aceste teste este că folosesc molecule alimentare intacte pentru a le testa, în timp ce ceea ce ajunge în colon este mîncare digerată. Dar, avînd în vedere faptul că rezultatele testelor au corespuns într-o măsură foarte mare cu reacţiile reale la alimente apărute în viaţa de zi cu zi (vezi mai sus), trebuie să presupunem că digestia normală nu descompune toate moleculele alimentare înghiţite şi că unele fragmente provoacă o reacţie alergică atunci cînd ajung intacte în colon.

O altă echipă de cercetare, din Suedia, a confirmat aceste descoperiri, dar folosind o abordare complet diferită. Ei au studiat pacienţi adulţi, cei mai mulţi dintre ei atopici, care sufereau de o varietate de simptome la nivelul tractului digestiv (inclusiv diaree, iar la unii dureri). Aceste simptome s-a dovedit că sînt provocate de anumite mîncăruri, folosindu-se teste dublu orb. S-au prelevat mostre pentru biopsie din intestinul subţire, la scurt timp după un test alimentar şi ulterior după ce alimentul-problemă a fost evitat. În urma testului alimentar s-a descoperit un influx de celule imune – mastocite, eozinofile şi celule T –, dar nu şi în alte situaţii. Testele cutanate şi testele de sînge IgE pentru identificarea alimentelor-problemă au dus la rezultate negative.

Nici una dintre aceste abordări nu este potrivită pentru a putea fi folosită pentru o testare de rutină, deoarece sînt prea dificile şi prea scumpe. Dacă aveţi o tendinţă către alergii IgE, precum şi spre SCI, este posibil – poate – să aveţi reacţii IgE la alimente, localizate în intestin, dar nu există nici o metodă de a descoperi acest lucru în prezent. Totuşi, o dietă prin eliminare (vezi capitolul 14) va duce la identificarea ingredientelor-problemă.

Un alt tratament posibil pentru acest tip de SCI, mai degrabă decît simpla evitare a mîncării „vinovate", este administrarea unui medicament cunoscut sub numele de cromoglicat de sodiu, ce blochează răspunsurile din partea celulelor mast (de exemplu, reacţiile alergice). Studiile realizate pe termen scurt demonstrează că acest medicament duce la ameliorarea simptomelor, dar cele care au implicat observaţii pe termen lung au obţinut rezultate dezamăgitoare. Există tendinţa ca beneficiile determinate de medicament să se diminueze în timp şi doza administrată trebuie crescută treptat pentru a se obţine acelaşi nivel de ameliorare a simptomelor. Faptul că acest tratament funcţionează şi în cazul persoanelor ce suferă de SCI, dar care *nu* au alergii evidente, poate însemna că există o reacţie localizată IgE şi la aceşti pacienţi.

Scanned with OKEN Scanner

SCI de la tarta cu mere?

Există şi dovezi de reacţii imunitare non-IgE la anumite alimente, provocînd simptome de tipul SCI. Unele persoane care suferă de rinită alergică la polenul de mesteacăn au reacţii şi la anumite alimente, mai ales mere, simptomele manifestîndu-se oral. Această problemă se numeşte sindromul de alergie orală şi este descrisă în capitolul 5.

Un mic număr de persoane dezvoltă simptome care sînt identice cu cele din SCI la o zi după ce au consumat mere gătite. Problema merelor ce dăunează chiar şi atunci cînd sînt gătite este explicată la p. 103. Pare o explicaţie plauzibilă faptul că aceste simptome de la nivelul intestinului sînt cauzate de o reacţie celulară mediată la respectivul aliment.

Descoperirea faptului că acest tip de reacţii imune la alimente pot provoca simptome de tipul SCI este deosebit de interesantă. Poate că o astfel de reacţie imună stă şi la baza răspunsurilor la anumite alimente, existente la pacienţii ce suferă de SCI care termină o dietă prin eliminare şi apoi reacţionează la alimentele respective atunci cînd sînt testate.

SCI şi potențialul de apariție a bolii celiace

Este posibil ca persoanele care au SCI să prezinte de fapt simptomele preliminare ale unei boli celiace? O echipă de gastroenterologi de la Universitatea din Berlin a studiat 102 pacienţi diagnosticaţi cu SCI, căutînd indicii genetice ce predispun oamenii la boala celiacă şi anticorpi tipici în această boală (vezi capitolul 7). În mod deliberat, ei au eliminat din eşantion, chiar de la început, persoanele ce proveneau din familii în care existau membri ce sufereau de boala celiacă. De asemenea, au exclus toţi pacienţii ce prezentau simptomele acestei boli (cum ar fi atrofia viliară), identificată în urma unei biopsii prelevate din mucoasa intestinului subţire.

Ce au descoperit a fost surprinzător: 30% dintre pacienţii cu SCI prezentau anticorpi specifici bolii celiace (împotriva gliadinei şi transglutaminazei tisulare). Dar aceşti anticorpi nu apăreau în sînge. Ei au putut fi găsiţi doar în lichidul extras din duoden (prima parte a intestinului subţire). Din alte studii ştim faptul că, la persoanele ce suferă de boala celiacă, aceşti anticorpi tind să apară mai întîi la nivelul intestinului subţire şi abia mai tîrziu în circulaţia sangvină.

De fapt, patternurile rezultatelor la teste ale acestor pacienţi cu SCI semănau foarte bine cu cele ale persoanelor ce prezentau *o predispoziţie pentru boala celiacă* (vezi p. 143) – unii aveau un număr crescut de celule imunitare în mucoasa intestinală.

Atunci cînd au urmat o dietă fără gluten, unele dintre simptomele acestor pacienţi, mai ales diareea, s-au ameliorat în şase luni.

Există vreo modalitate prin care această posibilitate poate fi investigată dacă sînteţi preocupaţi de acest lucru? Nu uitaţi că testele de sînge pentru a identifica anticorpii specifici bolii celiace au fost negative în cazul tuturor pacienţilor ce sufereau de SCI. Prin urmare, seturile de teste ce pot fi realizate acasă, disponibile pentru persoanele preocupate de această boală, nu au nici o valoare. Testarea fluidului din duoden pentru a găsi aceşti anticorpi este o tehnică de cercetare, şi nu una de testare pentru diagnostic.

Singurul test relevant pe care medicul dumneavoastră îl poate comanda este un test genetic. Dacă acesta este negativ, atunci predispoziţia dumneavoastră de a dezvolta o boală celiacă este foarte mică (vezi p. 131). Dacă testul este pozitiv şi dacă rezultatele experimentului de la Berlin sînt valabile în general la pacienţii care suferă de SCI (şi nu există nici

Scanned with OKEN Scanner

o garanţie că se întîmplă acest lucru), atunci există şanse de aproximativ de 50% ca dumneavoastră să faceţi boala celiacă.

Dacă aveţi membri în familie care suferă de boala celiacă sau de dermatită herpatiformă sau dacă aveţi simptome care sugerează existenţa acestei boli (vezi capitolul 7), atunci foarte probabil aveţi un potenţial crescut pentru a face această boală (Amintiţi-vă că toţi pacienţii cu SCI au fost excluşi din cercetarea realizată la Berlin, chiar de la început.)

Interesant este că gastroenterologii din Marea Britanie au încercat o dietă bazată pe puţine fibre şi fără gluten pentru pacienţii lor, ca prim pas în tratament, pe singurul considerent pragmatic că „uneori merge". Este o presupunere corectă că pacienţii care reacţionează bine la această dietă sînt de fapt un grup amestecat – cîţiva au predispoziţie pentru boala celiacă, unii au o problemă cu flora/fermentaţia intestinală, iar alţii suferă de ambele tulburări. Observaţia că doar cîţiva dintre pacienţii experimentului de la Berlin au răspuns bine la o dietă fără gluten, adică nu au mai avut diaree, în timp ce durerea doar s-a ameliorat, sugerează că este posibil să fie nevoie şi de altceva, nu numai de evitarea glutenului. O dietă bazată pe puţine fibre şi eliminarea glutenului merită să fie încercată în cazul oricărei persoane care are SCI şi ştie că prezintă un risc crescut de dezvoltare a bolii celiace din cauza moştenirii genetice.

Strategii de diete pentru tratarea SCI

Există un slab acord între medicii ce tratează SCI cu ajutorul dietei în ceea ce priveşte cea mai bună abordare. Dar există cîteva opţiuni, fiecare cu rezultate dovedite că au efecte benefice asupra unui procent de pacienţi ce suferă de SCI. De asemenea, fiecare vizează cîteva din posibilele cauze ale SCI.

Pentru fiecare pacient cu SCI trebuie să existe un program pe bază de dietă care se potriveşte cel mai bine cu problemele sale particulare. Din păcate, nu există o cale sigură de a şti din capul locului ce tratament va fi cel mai util. Se pune problema să se ghicească problema existentă şi apoi să se încerce diferite abordări pentru a vedea care dintre ele are rezultate bune.

Diversele opţiuni pe care le au persoanele ce suferă de SCI predominant cu constipaţie sînt:

- o dietă cu multe fibre;
- o dietă săracă în fibre şi cu agenţi de creştere a volumului materiilor fecale;
- o dietă fără gluten.

Pentru cei care suferă de SCI predominant cu diaree există următoarele opţiuni:

- o dietă de diagnostic prin eliminare pentru identificarea sensibilităţilor alimentare individuale;
- o dietă care să scadă fermentaţia;
- o dietă săracă în fibre şi fără gluten;
- o dietă fără zaharuri şi fără funguşi (vezi p. 220).

Scanned with OKEN Scanner

Diete pentru SCI predominant cu constipație

Dieta bogată în fibre

Această dietă va avea rezultate pozitive dacă principala dumneavoastră problemă este lipsa de fibre şi, prin urmare, lipsa de materie care stimulează în mod normal mişcările intestinale ce duc la eliminarea fecalelor (vezi pp. 245-246). Puteţi concepe o dietă care să fie mai bogată în fibre decît dieta dumneavoastră obişnuită. Schiţaţi un regim alimentar care să se potrivească cu preferinţele dumneavoastră alimentare, folosind informaţiile din tabelul 2 (vezi pp. 255-256). Cînd creşteţi cantitatea de fibre consumate, cel mai bine este să faceţi acest lucru în mod gradual, cîte puţin în fiecare zi, astfel încît organismul dumneavoastră să aibă timp să se adapteze. Este posibil ca la început să eliminaţi mai multe gaze, mai ales dacă creşteţi consumul de fibre prea repede. În timp acest lucru va dispărea de la sine. Cînd urmaţi o dietă bogată în fibre trebuie să consumaţi multe lichide, deoarece fibrele absorb apă.

Reţineţi faptul că nu toate fibrele sînt la fel şi că tărîţele de grîu sînt cunoscute pentru faptul că uneori înrăutăţesc problemele intestinale, în loc să aibă efecte benefice. Cele mai bune tipuri de fibre care au efecte benefice generale asupra stării dumneavoastră de sănătate (de exemplu, pentru faptul că scad nivelul de colesterol din sînge) sînt considerate cele care se găsesc în ovăz, în fructe şi legume, cunoscute sub numele de *fibre solubile*. Totuşi, orice tip de fibră este util în constipaţie. Fibrele vă vor afecta flora intestinală în mod diferit şi se ştiu prea puţine în legătură cu efectele exacte ale diverselor tipuri de fibre.

În timp, puteţi experimenta, incluzînd şi excluzînd în mod sistematic diverse grupe de alimente ce conţin fibre (de exemplu, fasole şi linte, pîine integrală, secară, ovăz, nuci, fructe, varză şi broccoli, diverse rădăcini de legume) timp de 2-3 săptămîni, pentru a observa efectele pe care le au diverse tipuri de fibre asupra simptomelor dumneavoastră intestinale. Foarte probabil veţi găsi cîteva tipuri de fibre ce stimulează mişcările intestinale fără să aibă ca efect secundar eliminarea excesivă de gaze.

Dieta săracă în fibre asociată cu agenți de creştere a volumului materiilor fecale

Această abordare poate reduce intensitatea simptomelor la persoanele care suferă atît de constipaţie, cît şi de flatulenţă. Un agent de creştere a volumului materiilor fecale este ceva ce nu este digerat nici de dumneavoastră, nici de flora intestinală. Scopul său este să crească volumul fecalelor. Acest volum suplimentar stimulează mişcările intestinale normale necesare pentru a evita constipaţia. Dacă de obicei fecalele dumneavoastră sînt mici, tari şi uscate, această dietă vă va ajuta foarte mult.

Deoarece aceşti agenţi nu sînt digeraţi de flora dumneavoastră intestinală, ei nu vor provoca gaze şi balonări, spre deosebire de consumul suplimentar de fibre. Acesta este un avantaj foarte mare. Aceşti agenţi vă oferă beneficiile unei diete bogate în fibre, dacă suferiţi de constipaţie, fără efectele negative: gazele. Studiile au sugerat şi faptul că acest tip de tratament poate reduce şi durerile existente la pacienţii cu SCI ce suferă predominant de constipaţie.

Agenţii de creştere a volumului materiilor fecale recomandaţi sînt seminţele de in (disponibile în magazinele cu produse naturiste), sterculia (disponibilă în farmacii sub

Scanned with OKEN Scanner

numele de Normacol) şi metal-celuloza. Evitaţi tărîţele de grîu, ispagula şi psyllium. Nu uitaţi să beţi foarte multă apă atunci cînd sînteţi în tratament cu agenţi de creştere a volumului fecalelor.

Dacă vă simţiţi foarte rău în urma unei constipaţii prelungite, consumarea acestor agenţi va înrăutăţi lucrurile, din cauza materiilor fecale blocate deja în intestin. Deşi pe termen lung aceşti agenţi pot reprezenta o opţiune bună pentru dumneavoastră, înainte de a începe să-i luaţi este nevoie să urmaţi alte tratamente pentru a vă curăţa intestinul gros. Vă recomandăm cartea prof. Hunter, *Irritable Bowel Solutions*, pentru un program de tratament detaliat.

Metanul: o cauză a constipaţiei în SCI?

Nu doar hidrogenul poate fi măsurat în respiraţie atunci cînd se face testul pentru glucoză. Unele persoanele produc de asemenea şi un gaz numit metan – sau, mai degrabă, bacteria din flora lor intestinală îl produce (vezi p. 47).

Există cîteva cercetări ce demonstrează că metanul poate afecta mişcările intestinului gros: le poate opri pentru un timp sau, cel puţin, le încetineşte. Alte cercetări sugerează că persoanele ce suferă de SCI predominant cu constipaţie produc mai adesea cantităţi crescute de metan. Această descoperire, dacă este confirmată, poate duce la noi tratamente. Poate că „păcălirea" florei intestinale ca să nu mai producă metan – dacă acest lucru se dovedeşte a fi posibil – ar putea ajuta la rezolvarea problemei cu constipaţiei? Oricum, studiile rămîn în prezent controversate. Unele cercetări realizate cu persoane sănătoase, în cazul cărora tranzitul intestinal a fost încetinit cu ajutorul unui tratament medicamentos (astfel încît materiile fecale să stea mai mult timp în colon), au demonstrat că *doar acest lucru* era capabil să crească producţia de metan la nivelul florei intestinale. Aceste rezultate sugerează că este posibil ca nu metanul să cauzeze constipaţia, ci constipaţia să stimuleze producerea de metan.

Este posibil ca alţi produşi bacterieni, diferiţi de metan, să intoxice muşchii intestinului şi să-i împiedice să-şi urmeze patternul de mişcare normal, sănătos. Dacă un pacient cu SCI are o floră intestinală instabilă, aceşti produşi pot fi prezenţi o anumită perioadă în colon şi apoi să lipsească. Asta ar putea explica patternul alternativ de SCI la anumiţi pacienţi (în anumite perioade suferă de constipaţie, iar în altele de diaree).

Dieta fără gluten

Cîteodată constipaţia poate fi principalul simptom al bolii celiace. Dacă aveţi în familie membri care suferă de această boală, atunci aveţi şi dumneavoastră o predispoziţie majoră pentru a o face (vezi capitolul 7) şi cu siguranţă merită să încercaţi o dietă fără gluten. Instrucţiuni generale sînt oferite la p. 146.

Diete pentru SCI predominant cu diaree

O dietă prin eliminare pentru diagnostic

Acesta ar fi un bun punct de plecare dacă aţi suferit vreodată de orice tip de simptom alergic – de exemplu, astm sau eczemă atopică în copilărie. Acelaşi lucru este valabil şi dacă aveţi în familie persoane care suferă de alergie. O reacţie imună la un anumit aliment este posibilă

Scanned with OKEN Scanner

la acest tip de pacienţi. Totuşi, există mulţi pacienţi ce suferă de SCI *fără* a avea alergii sau reacţii de sensibilitate la anumite alimente.

Dieta prin eliminare în trei etape descrisă în capitolul 14 va avea efecte benefice asupra simptomelor SCI. Planificaţi începutul dietei într-o perioadă liniştită, cum ar fi un sfîrşit de săptămînă prelungit acasă, deoarece simptomele iniţiale (în faza de excluziune) pot fi destul de severe la pacienţii cu SCI. În faza de eliminare, nu consumaţi nici un aliment care poate determina producerea unei mari cantităţi de gaze (cum ar fi cantităţile mari de pere). Cînd ajungeţi în faza de testare, asiguraţi-vă că testaţi grîul o săptămînă întreagă.

Dacă ştiţi că sînteţi alergic la polenul de mesteacăn (dacă aţi avut vreodată simptome alergice primăvara) ar fi bine să începeţi prin evitarea acelor fructe şi legume care au legătură cu rinita alergică (vezi capitolul 5). Nu uitaţi că trebuie să evitaţi alimentele-problemă, indiferent dacă sînt gătite sau nu. Cei care suferă de alergie şi la alte tipuri de polen ar putea de asemenea să încerce o dietă în care se elimină fructele şi legumele care au legătură cu polenul respectiv (vezi capitolul 5). Dacă această abordare nu funcţionează, încercaţi o dietă prin eliminare completă.

Dieta pentru scăderea fermentaţiei

Gazele reprezintă un simptom major al SCI în cazul dumneavoastră? Burta dumneavoastră scoate mai multe zgomote decît a altora? Sînteţi uneori balonat? Toate aceste probleme pot indica o fermentaţie excesivă la nivelul florei intestinale din colon. (Totuşi, ele pot apărea şi la pacienţii care au o reacţie imunitară la un anumit aliment ce reprezintă cauza problemelor – cum sînt pacienţii care au alergie la polenul de mesteacăn şi care reacţionează, de exemplu, la merele coapte).

O dietă bazată pe alimente ce fermentează puţin merită cu siguranţă să fie încercată de către pacienţii cu SCI care elimină multe gaze. Principiul de bază al acestei diete este evitarea – în acelaşi timp – a ingredientelor alimentare care prezintă un risc mare de a contribui la o fermentaţie excesivă.

Fibrele reprezintă un factor major, deoarece sînt o sursă importantă de alimentare a florei intestinale. De asemenea, dificultăţile în digestia lactozei şi/sau absorbţiei glucozei sînt posibile surse ale simptomelor. La fel sînt sorbitolul, xilitolul şi alte substanţe chimice de acelaşi tip – *polioli* sau *zaharuri alcoolice*. Sorbitolul poate fi găsit în unele fructe şi sucuri, mai ales în mere, pere şi vişine. Atît sorbitolul, cît şi xilitolul sînt folosite ca îndulcitori în anumite alimente „fără zahăr". Ele nu sînt bine absorbite şi pot foarte uşor cauza gaze şi diaree, ce vor agrava simptomele SCI.

Dacă starea dumneavoastră se ameliorează în urma acestei diete, puteţi reintroduce diverşi itemi în regimul dumneavoastră alimentar, gradual şi în cantităţi mici. Fiind foarte atent la simptomele dumneavoastră, puteţi descoperi în timp ce anume puteţi tolera şi în ce cantităţi.

Chiar dacă gazele reprezintă doar o mică parte a simptomelor SCI, tot puteţi obţine beneficii în urma acestei diete. Deoarece bolnavii de SCI sînt neobişnuit de sensibili la extensia intestinului (vezi pp. 245-246), eliminarea alimentelor care determină producerea de gaze poate ajuta la reducerea durerilor.

Dieta pentru scăderea fermentaţiei, pe care o vom descrie mai jos, nu este prea sănătoasă pe termen lung, deoarece este foarte săracă în fibre. Dar ca regim alimentar investigativ pe termen scurt poate fi folositoare. În cadrul acestei diete trebuie să evitaţi:

- toate alimentele bogate în *fibre*;
- *toate tipurile de amidon rezistent*;

Scanned with OKEN Scanner

- consumul unor cantităţi mari de *fructoză* şi toate sursele de *fructoză în exces* (fructoza nu este echilibrată de cantităţi echivalente de glucoză);
- toate tipurile de sorbitol, xilitol şi alte *zaharuri alcoolice*;
- tot ceea ce conţine niveluri mari sau moderate de *lactoză* (exceptînd situaţia în care v-aţi testat deja pentru intoleranţa la lactoză şi sînteţi sigur că o puteţi digera în cantităţile pe care le consumaţi în mod obişnuit).

Pentru detalii complete legate de aceste ingrediente:

- analizaţi tabelul 2 (p. 255) pentru surse de fibre şi amidon rezistent;
- citiţi în capitolul 10 despre sursele de fructoză în exces şi zaharurile alcoolice;
- analizaţi tabelul 1 (p. 181-182) pentru alimentele şi băuturile ce conţin lactoză.

Vă sugerăm să citiţi diverse secţiuni relevante din această carte şi pe baza lor să creaţi o listă de ingrediente pe care le consumaţi de obicei, dar care ar trebui evitate într-o dietă cu nivel de fermentaţie scăzut. Este decizia dumneavoastră dacă ar trebui să evitaţi lactoza sau nu – întotdeauna o puteţi evita la început şi să o testaţi mai tîrziu, dacă nu sînteţi siguri că o toleraţi sau nu.

Presupunînd că dieta duce la ameliorarea stării dumneavoastră, ulterior puteţi încerca să reintroduceţi treptat mici cantităţi din alimentele dintr-o singură categorie (să spunem, fructoză sau lactoză sau fibre). Este alegerea dumneavoastră cu ce anume veţi începe, în funcţie de ce v-a lipsit cel mai mult. Obiectivul este să descoperiţi ce *cantităţi* poate tolera intestinul dumneavoastră.

Creşteţi cantităţile consumate dintr-o anumită categorie de alimente (de exemplu, lactoză) foarte încet, pînă cînd ajungeţi la aproximativ jumătate din cantitatea pe care o consumaţi în mod obişnuit. Opriţi-vă mai devreme dacă simptomele se înrăutăţesc. Apoi reintroduceţi altă categorie.

În cazul fibrelor, reintroduceţi diverse grupe de alimente ce conţin fibre în mod separat: începeţi cu ovăzul, apoi încercaţi diverse tipuri de rădăcini de legume, apoi alune, făină de grîu, apoi secară şi ulterior brassica (varză şi altele care sînt înrudite cu aceasta). Lăsaţi leguminoasele (mazărea, fasolea şi lintea) şi anghinarea (dacă mîncaţi aşa ceva) pe ultimul loc.

În cazul alimentelor care au fost excluse din diverse considerente, cum ar fi merele (care sînt bogate în fibre şi conţin de asemenea şi sorbitol şi exces de fructoză), testaţi-le ultimele.

Dieta săracă în fibre şi fără gluten

Dacă vreun membru al familiei dumneavoastră suferă de boala celiacă (sau de dermatită herpetiformă), atunci predispoziţia pentru această boală poate sta la baza SCI (vezi p. 249). O dietă fără gluten care este de asemenea şi săracă în fibre poate fi cel mai bun punct de plecare pentru testarea unui tratament bazat pe regim alimentar. Instrucţiuni generale legate de evitarea glutenului sînt date la p. 146 – combinaţi-le cu informaţiile despre fibre oferite în tabelul 2 (p. 255) pentru a alcătui o listă cu alimente permise. Este mai uşor să vă bazaţi meniul pe cartofi şi orez mai degrabă decît pe pîinea fără gluten, care în general are multe fibre.

Cei care nu au rude care să sufere de boala celiacă pot prezenta o predispoziţie pentru dezvoltarea acesteia, deşi mai mică. Prin urmare, dieta poate fi utilă oricărei persoane, dar nu uitaţi că trebuie să evitaţi glutenul 100% pentru a beneficia de aceasta. Aceasta presupune un angajament foarte serios. De asemenea, nu uitaţi că este posibil să treacă mult timp pînă cînd veţi remarca îmbunătăţirile (vezi pp. 147-148).

Scanned with OKEN Scanner

Salata de cartofi este un picnic pentru flora intestinală

Cartofii conţin puţine fibre (dacă nu-i mîncaţi cu coajă) şi – dacă ce sînt gătiţi – sînt cel mai digerabil amidon. Dar acest tip de amidon are un obicei iritant. Dacă i se permite să se răcească după ce a fost gătit, suferă o transformare structurală (numită *retrogradare*) şi devine parţial rezistent la digestie. Acesta este numit *amidon rezistent*. Salata de cartofi sau orice alt tip de cartofi gătiţi şi răciţi pot fi un festin pentru bacteriile din colon, în condiţiile în care o cantitate semnificativă de amidon ajunge la acestea.

Cartofii fierţi, răciţi şi apoi încălziţi din nou sau prăjiţi conţin un amidon mai puţin rezistent decît cei care sînt complet reci, dar nivelul este în continuare mai mare decît în cartofii proaspăt gătiţi – nivelul este undeva la jumătate între cele două.

Retrogradarea este o problemă mai mică în cazul amidonului din cereale. Fulgii conţin amidon rezistent, la fel şi pîinea, dar nivelurile sînt mult mai mici decît în cazul cartofilor răciţi. Acelaşi lucru este valabil şi în cazul pastelor şi orezului răcit.

Toate aceste tipuri de amidon dacă nu sînt deloc gătite sînt foarte greu de digerat. De aceea nu mîncăm cartofi cruzi...

Boabele crude de cereale, cum sînt cele pe care le consumaţi cînd mîncaţi musli, conţin amidon care nu este digerat, dar acest lucru se întîmplă mai ales pentru că acesta este inclus fizic într-o coajă tare a bobului. Cu cît bobul este strivit (măcinat) mai bine, cu atît amidonul va fi mai bine digerat. De exemplu, în cazul chiflelor de ovăz, cea mai mare parte a amidonului este accesibilă.

Cînd sînt necoapte, bananele conţin un tip de amidon într-o formă particulară ce nu poate fi aproape deloc digerat şi care se duce direct în colon. Conţinutul de amidon al bananelor tari (cele galbene, dar cu porţiuni verzi la capete) rămîne foarte mare. Totuşi, dacă ele sînt prăjite, amidonul devine digerabil, la fel ca în cazul cartofilor gătiţi. Pe măsură ce banana se coace, amidonul se transformă în zahăr, iar amidonul nedigerabil dispare.

Dacă reduceţi cantitatea de fibre consumate pentru nu oferi materii prime florei intestinale, ar trebui să evitaţi şi amidonul nedigerabil. Într-o dietă occidentală tipică, acesta poate reprezenta o parte semnificativă a materiilor care ajung la bacteriile din colon, mult mai mare decît fibrele care ajung la acestea. Carbohidraţii nedigerabili consumaţi dintr-o singură banană necoaptă depăşesc foarte mult cantitatea zilnică consumată de un occidental obişnuit sub formă de fibre !

(Dacă vă este greu să înţelegeţi conţinutul acestei casete, încercaţi să o citiţi mai întîi pe cea de la p. 45 – explică termeni precum „zahăr", „amidon", „fibre" şi „carbohidraţi").

Tabelul 2. *Conţinutul de fibre din alimente*

Măsurarea cantităţii de fibre din mîncăruri pune probleme ; diferitele metode folosite au dus la obţinerea de valori diferite în cazul aceloraşi alimente. Întrebarea dacă un aliment conţine o cantitate mare sau moderată de fibre depinde, bineînţeles, şi de cantitatea care este evaluată. Din aceste motive, lista de mai jos s-ar putea să nu corespundă altor surse de informaţii legate de conţinutul de fibre.

Niveluri ridicate de fibre

Pîinea de secară şi pesmeţii de secară

Făina integrală, pîinea de grîu şi alte alimente pe bază de grîu, cum ar fi cerealele instant Weetabix, Shredded Wheat şi alte cereale consumate la micul dejun, pesmeţii, pastele din făină de grîu şi produsele de patiserie care o folosesc, biscuiţii digestivi etc.

Ovăzul, fulgii de ovăz, turtele de ovăz, clătitele

Scanned with OKEN Scanner

Leguminoase: mazărea, fasolea mare, fasolea uscată, alte tipuri de fasole albastră sau verde, fasolea neagră, fasolea încolţită, lintea, năutul, făina de năut etc.

Legumele din clasa brassica: varza de Bruxelles, varza, salata verde de primăvară, broccoli, calabrese, napul, salata de conduraşi etc.

Păstîrnacul, morcovul, cartofii dulci, rădăcina de ignam, cartofii mîncaţi cu coajă

Napii porceşti

Murele, perele, prunele, merele şi dulceaţa îndulcită cu concentrat de mere

Niveluri moderate de fibre

Nuci, inclusiv untul de arahide şi alte tipuri de unt de alune

Orezul brun

Pîinea albă

Porumbul dulce, popcornul

Măslinele

Stafidele, sultănelele şi alte fructe uscate

Majoritatea fructelor, altele decît cele listate mai sus ca avînd un conţinut mare de fibre, strugurii şi mandarinele la conservă, care au conţinut scăzut de fibre

Majoritatea legumelor şi salatelor, altele decît cele listate mai sus ca avînd un conţinut mare de fibre, lăptuci şi dovlecei, cu un conţinut scăzut de fibre

Dacă încercaţi să reduceţi cantitatea de fibre consumate, cele mai fibroase părţi ale legumelor şi fructelor, inclusiv seminţele, coaja şi tulpina, trebuie îndepărtate. Tot ceea ce are aspect fibros, evident, ar trebui evitat şi ar trebui consumate numai porţiuni mici din fructe şi legume.

Reducerea nivelului de *amidon rezistent* (amidon nedigerabil) merită de asemenea încercată ca parte a unei diete sărace în fibre sau cu nivel redus de fermentaţie. De asemenea, trebuie evitate bananele, cu excepţia celor foarte coapte, precum şi boabele crude de cereale (de exemplu, în musli), cu excepţia celor foarte bine măcinate. Cartofii, orezul şi pastele trebuie consumate imediat după ce au fost gătite, fără să le lăsaţi să se răcească (vezi p. 255).

Probioticele ca tratament pentru SCI

Dacă flora bacteriană dezechilibrată reprezintă o parte a cauzelor ce au determinat apariţia SCI, cel puţin în cazul anumitor persoane, tratamentele care introduc bacterii benefice în intestine – probioticele – pot avea efecte benefice. Există cîteva experimente recente cu probiotice şi unele – dar nu toate – au dus la ameliorarea stării pacienţilor cu SCI.

Este important să realizaţi că diverse probiotice au efecte diferite asupra corpului uman şi că ceva ce funcţionează bine în cazul unei probleme medicale s-ar putea să nu meargă la fel de bine în cazul alteia. Cele mai de succes tratamente pentru SCI, dar cu puţine dovezi adunate pînă în prezent, par să fie cele în care se foloseşte *Bifidobacter infantis* şi cele care folosesc un amestec ce conţine *Lactobacillus rhamnosus, Bifidobacter breve* şi *Propionibacterium freudenreichii* sau alte amestecuri de specii de *Bifidobacter* şi *Lactobacillus*. *Lactobacillus plantarum* a dat rezultate bune şi efectele se pot menţine un timp, chiar şi după ce s-a încetat administrarea de probiotice, ceea ce este neobişnuit în cazul acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Administrarea de probiotice timp de şase luni pare să fie un aspect important pentru succesul tratamentului şi cele mai multe experimente au înregistrat îmbunătăţiri stabile în timp. Reţineţi că cele mai multe bacterii probiotice nu se pot stabili singure, permanent, în intestinul dumneavoastră. Prin urmare, trebuie să urmaţi acest tratament pe o perioadă nedeterminată pentru a păstra efectele benefice.

În teorie, ar trebui să ne aşteptăm ca probioticele (care sînt pur şi simplu „fibre bune") să fie benefice în cazul persoanelor cu SCI, dacă sînt administrate în cantităţi moderate, deoarece ele pot favoriza apariţia unor membri folositori în flora intestinală, în detrimentul celor dăunători. Totuşi, pînă acum s-au făcut puţine experimente de acest tip. Un studiu a arătat faptul că, deşi simptomele de eliminare a gazelor şi balonare se înrăutăţeau iniţial, acestea s-au ameliorat după aproximativ 4 săptămîni de tratament cu probiotice. Acest rezultat s-a obţinut în urma unei doze destul de mari de probiotic (20 g pe zi amestec de inulină şi FOS). În cazul unei doze mai mici (6 g pe zi) nu se obţinea nici un efect – pozitiv sau negativ – asupra simptomelor. Se pare că, pentru a vă ameliora starea, trebuie să continuaţi tratamentul cu probiotice timp de cîteva luni şi să acceptaţi faptul că, iniţial, lucrurile se vor înrăutăţi, înainte să se îmbunătăţească.

Dar dietele FODMAP?

Acest tip de dietă a fost realizat şi testat de prof. Peter Gibson, un gastroenterolog de la spitalul Box Hill din Victoria, Australia. Dieta reduce în mod drastic lactoza, fructoza şi anumite tipuri de fibre. Dacă se obţine un răspuns pozitiv, diferitele alimente evitate sînt introduse mai tîrziu pentru a observa ce cantităţi pot fi tolerate. Seamănă cu dieta ce determină scăderea fermentaţiei, pe care am descris-o deja, dar nu este la fel. Înainte de a analiza în detaliu această dietă, trebuie să spunem că datele ştiinţifice legate de fermentaţia de la nivelul florei intestinale nu sînt nici pe departe complete şi că orice persoană ce lucrează în acest domeniu trebuie să tragă concluzii folosindu-se de informaţii destul de limitate.

FODMAP vine de la Oligo-, Di- şi Monozaharide şi Polioli Fermentabili. Fermentabile sînt acele materii care ajuns în colon şi pe care flora intestinală le poate digera (fermenta). Oligozaharidele fermentabile sînt fibre; totuşi, prof. Gibson recomandă evitarea anumitor tipuri de fibre (vezi mai jos). Aici, dizaharidele înseamnă lactoză, pe care unele persoane cu SCI nu o pot digera. De asemenea, monozaharidele înseamnă fructoza, care poate cauza probleme anumitor persoane, din cauza dificultăţilor de absorbţie. Poliolii sînt *zaharuri alcoolice* existente în anumite fructe şi folosite ca îndulcitor. (Capitolul 10 oferă informaţii suplimentare despre fructoză şi polioli. La p. 45 se explică în detaliu termenii folosiţi pentru zaharuri şi amidon.)

Dieta a fost încercată de echipa de cercetare a prof. Gibson pe bolnavi de SCI şi a obţinut rezultate încurajatoare: 65% au înregistrat o ameliorare substanţială a stării lor, ce poate fi atribuită dietei. Grupul testat a inclus pacienţi cu diverse tipuri de SCI: predominant cu diaree, predominant cu constipaţie şi cu alternanţă între acestea. Totuşi, toţi cei implicaţi înregistraseră deja rezultate pozitive la testul de malabsorbţie a fructozei. Prin urmare, evitarea excesului de fructoză poate reprezenta principalul aspect care a dus la beneficiile obţinute. Un nivel al fel de bun de responsivitate nu poate fi observat pe ansamblu la grupul de pacienţi cu SCI.

Diferenţa-cheie dintre această dietă şi dieta care scade fermentaţia, pe care o recomandăm noi, stă în reducerea cantităţii de fibre. Prof. Gibson consideră că anumite tipuri de fibre prezintă un risc crescut de a crea probleme: cele care se găsesc în leguminoase şi în plantele din clasa brassica (fasole şi varză) şi în cele cu fructoză (inulină şi FOS, care înseamnă fructooligozaharide; ele mai sînt denumite şi fructani).

Scanned with OKEN Scanner

Teoria din spatele dietei prof. Gibson este că aceste tipuri de fibre sînt fermentate mai rapid de către flora intestinală, prin urmare hidrogenul şi alte tipuri de gaze sînt eliminate foarte rapid, determinînd o distensie bruscă a intestinului şi, prin urmare, apariţia simptomelor. De asemenea, sugerează faptul că fructanii, în particular, reprezintă o problemă deoarece sînt constituiţi din fructoză. Sînt de acord cu faptul că fibrele (şi unele zaharuri neobişnuite) ce se găsesc în leguminoase şi varză pot cauza probleme de fermentaţie anumitor persoane. Dar în cazul fructanilor, după ce am analizat dovezile cu atenţie, nu am tras concluzia că există o problemă particulară în ceea ce priveşte fermentaţia – nu una mai mare decît în cazul altor tipuri de fibre. Faptul că sînt constituiţi din fructoză nu este un aspect foarte relevant: pînă la momentul în care sînt descompuşi în colon, problema absorbţiei sau malabsorbţiei nu apare. La acest nivel are loc puţină absorbţie în cazul oricărei persoane şi *toate* zaharurile simple eliberate din fibre de flora intestinală sînt foarte repede preluate de către alţi membri ai florei şi transformaţi în hidrogen sau alţi produşi.

Prin contrast, abordarea prof. John Hunter de la spitalul Addenbrooke din Cambridge a fost reducerea tuturor tipurilor de fibre, plus amidonul rezistent, care ajung şi ele în colon şi alimentează flora intestinală. Acest tip de dietă a dus de asemenea la rezultate pozitive în cazul bolnavilor de SCI, mai ales al celor ce sufereau de gaze şi balonări.

Importanţa particulară a abordării prof. Gibson, conform opiniei noastre, stă în evitarea fructozei, a lactozei şi a zaharurilor alcoolice (polioli) concomitent cu fibrele. Acest lucru duce la reducerea fermentaţiei la minimum şi, prin urmare, are un rol important în aducerea simptomelor SCI sub control în cazul oricărei persoane care are probleme cu fermentaţia. Aspectul negativ al dietei FODMAP este că fructanii sînt exact acel tip de fibre despre care se consideră că sînt benefice în stimularea unei flore intestinale sănătoase. Ele fac parte din alimentaţia preferată a speciilor cu *bifidobacter*, despre care se consideră că sînt cele mai valoroase bacterii pe care le avem (vezi capitolul 2) şi care sînt subdezvoltate în flora intestinală a persoanelor ce suferă de SCI. Este cunoscut faptul că introducerea acestui tip de fibre în diete poate creşte numărul de *bifidobacter*. În cazul oricărei persoane ce suferă de SCI, eliminarea substanţelor care stimulează dezvoltarea acestor tipuri de bacterii ni se pare o idee proastă.

Deşi eliminarea completă a fibrelor poate avea beneficii pe termen scurt, ar trebui să reintroduceţi în timp cîteva, mai ales – considerăm noi – unii fructani.

Abordări psihologice în SCI

Există o credinţă foarte răspîndită între medici că SCI este adesea cauzat de probleme psihologice care afectează intestinul. Medicii interesaţi de intoleranţa alimentară au o perspectivă diferită – că problemele psihologice, atunci cînd există, sînt mai adesea un *rezultat* al bolii. Ei sînt totuşi de acord că anxietatea, tensiunea sau depresia pot de asemenea înrăutăţi simptomele fizice.

Nu este dificil să ne imaginăm cum o tulburare, precum sindromul de colon iritabil, poate afecta un pacient din punct de vedere psihologic. Simptomele celor care suferă de diaree – o formă a SCI – le tulbură foarte mult viaţa normală. Orice ieşire în oraş se învîrte în jurul nevoii de a găsi un closet în cel mai scurt timp şi orice activitate în natură, cum ar fi urcatul pe munte, este practic imposibilă. În afară de durerea de care suferă foarte mulţi pacienţi, diareea continuă face foarte mult rău imaginii de sine şi sentimentele de autodezgust sînt obişnuite. Dacă diareea apare şi dispare, există o tendinţă de înţeles de învinovăţire a „germenilor" şi apare o preocupare nevrotică în legătură cu igienă alimentară. Atunci cînd constipaţia reprezintă simptomul predominant, există un disconfort considerabil care, din nou, afectează moralul.

Scanned with OKEN Scanner

Avînd în vedere aceste dificultăţi, nu este surprinzător faptul că mulţi pacienţi cu SCI prezintă semne de depresie nervoasă şi anxietate nervoasă. Lipsa de înţelegere din partea membrilor familiei şi a medicului adaugă un plus la problemă. Joseph Miller, un medic din Alabama, un pionier în studiile asupra intoleranţei la mîncare, a scris cîndva: „Aceşti pacienţi nu sînt în esenţă nevrotici, ci mai puţin capabili să facă faţă problemelor zilnice, deoarece simptomele lor îi distrag şi îi zăpăcesc. Ei caută alinare, trecînd de la un medic la altul, stima lor de sine scade şi nivelul anxietăţii creşte atunci cînd li se spune în mod repetat că simptomele lor sînt «doar pe fond nervos». Ei primesc ajutor simptomatic în loc de un tratament specific. Mulţi... devin depresivi din cauza sentimentului că se simt prinşi într-o capcană fără ieşire".

Ideea că simptomele psihologice pot fi în mare măsură *un rezultat* al simptomelor fizice, mai degrabă decît *o cauză* a lor, este demonstrată de unul dintre pacienţii din studiul de la Manchester, descris la pp. 238-240. Pacienta era sensibilă la funguşi şi reacţiona la aceştia chiar dacă erau în cantităţi foarte mici, astfel încît producea o reacţie pozitivă chiar şi cînd se foloseau cantităţi minuscule la teste. Această pacientă a fost supusă unei diete fără funguşi şi i s-a făcut o evaluare psihiatrică după ce au dispărut simptomele. Înainte de dietă scorul ei la evaluarea psihiatrică a fost de 20 – mult peste scorul critic de 12, ce indică probleme psihiatrice semnificative. Avînd în vedere că SCI făcea parte din istoricul ei la vremea respectivă, scorul a fost 1 – o îmbunătăţire remarcabilă.

Utilitatea unor tratamente cum sînt psihoterapia şi hipnoterapia în tratarea SCI este complet compatibilă cu această perspectivă. Dacă aceste tratamente ar putea elimina simptomele unui mare număr de pacienţi ar fi altă problemă, dar ele nu fac acest lucru. În cazul celor mai multe persoane, ele pur şi simplu reduc intensitatea simptomelor la un nivel mai suportabil. În cazul celor ce reacţionează la un astfel de tratament probabil că există o conexiune subtilă între factorii fizici şi cei mintali – simptomele stresante duc la anxietate sau depresie, iar tulburarea psihică înrăutăţeşte simptomele. La unii pacienţi, problemele psihologice pot fi chiar mai importante. Problemele mintale şi emoţionale, care au început cu mult înaintea apariţiei intoleranţei alimentare, pot avea o contribuţie semnificativă la simptome, odată ce intestinul a devenit sensibil şi hiperreactiv. Chiar şi sursele de stres obişnuite pot avea un efect exagerat asupra unui intestin iritabil. O situaţie stresantă, cum ar fi faptul că trebuie să prindă trenul sau să ţină un discurs, poate face stomacul unei persoane să se agite puţin, dar în cazul unui bolnav de SCI poate provoca un atac imediat de diaree.

În timpul psihoterapiei sau hipnoterapiei, pacientul ar trebui să ajungă la o nouă perspectivă asupra relaţiilor, vieţii şi problemelor sale, ceea ce ar trebui să-l ajute să schimbe modalităţile nesănătoase de gîndire şi comportament. Dacă tratamentul psihologic are succes, dezechilibrele dintre diversele forme ale sistemului nervos autonom – cel simpatic şi cel parasimpatic (vezi pp. 224-225) – pot fi corectate. Aceasta ajută la limitarea reacţiilor corpului la stresul mintal şi, prin urmare, poate reduce simptome cum sînt diareea, deşi cauza primară a acesteia este o reacţie la un aliment.

Sîntem de acord cu faptul că în cazul *unor* pacienţi cu SCI factorii mintali şi emoţionali reprezintă o cauză majoră a bolii. Totuşi, cercetările demonstrează că intoleranţa alimentară constituie cauza a jumătate pînă la două treimi dintre cazuri (vezi pp. 238-240), iar problemele de fermentaţie sînt răspunzătoare pentru o mare parte din restul. În cazurile în care se constată că mîncarea este cauza simptomelor se obţine în urma tratamentului o ameliorare completă şi de lungă durată, ceea ce este un argument în favoarea tratării acestei probleme, mai ales dacă o comparăm cu rezultatele obţinute în urma hipnoterapiei sau a altor metode de tratament similare.

Pentru a sintetiza, SCI este probabil un termen general pentru o varietate de tulburări. Acestea arată similar la nivelul simptomelor, dar pot fi provocate de diverşi factori. Unele sînt cauzate în mare măsură de stres sau de probleme emoţionale, altele de intoleranţa

Scanned with OKEN Scanner

alimentară sau de probleme la nivelul florei intestinale, iar altele de cauze fizice. Unele reprezintă un amestec egal de factori fizici şi psihici. A considera că toate cazurile de SCI sînt psihosomatice, aşa cum încă mai fac unii medici, nu ajută pacienţii. Dar este la fel de eronat ca o persoană cu SCI să decidă cu fermitate că boala *sa* se datorează numai şi numai alimentelor. A lua în considerare faptul că poate exista şi o cauză psihologică este o dovadă de curaj, nu de slăbiciune, şi a accepta că aceasta poate reprezenta o cauză poate fi calea către însănătoşire.

Înghiţirea de aer

În cazul pacienţilor cu SCI la care factorii psihologici au o importanţă fundamentală, înghiţirea de aer este adesea un factor crucial. Anxietatea poate duce frecvent la probleme cum ar fi hiperventilaţia sau hiperrespiraţia (vezi pp. 231-232). De asemenea, poate determina înghiţirea unei cantităţi excesive de aer în timp ce pacientul vorbeşte sau mănîncă. Dacă se înghite o cantitate mare de aer, acesta poate produce dureri considerabile, deoarece rămîne blocat pe tractul digestiv.

Dacă prezentaţi mai multe simptome dintre cele listate la p. 232, foarte probabil vă hiperventilaţi – şi în acelaşi timp există posibilitatea să înghiţiţi şi aer. Acolo veţi găsi un test simplu pentru hiperventilaţie.

Ameţeala şi voma, care nu sînt simptome obişnuite pentru SCI, pot indica înghiţirea de aer, deşi nu sînt un semn infailibil. (Intoleranţa alimentară poate provoca uneori asemenea simptome.)

Există tratamente de succes pentru aceste forme de SCI, dar ele depăşesc scopul acestei cărţi.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 13

Artrita reumatoidă şi crizele de artrită

Artrita reumatoidă este o boală în care articulaţiile devin dureroase, umflate şi calde din cauza unei inflamări interne. Există unele schimbări caracteristice în compoziţia sîngelui care ajută la confirmarea diagnosticului.

Această boală nu trebuie confundată cu alte forme de dureri articulare trecătoare şi care nu produc aceleaşi schimbări în sînge sau leziuni ale articulaţiilor – se ştie că asemenea dureri pot fi o reacţie de sensibilitate la un aliment.

Problema care se pune este dacă alimentaţia poate fi un factor în artrita reumatoidă *adevărată*. În cele două studii de caz descrise în continuare, toţi pacienţii implicaţi fuseseră diagnosticaţi ca suferind de artrită reumatoidă în urma unor seturi standard de teste.

Studii despre dieta prin eliminare în artrita reumatoidă

Dr. Gail Darlington, reumatolog consultant la Spitalul Municipal Epsom din Surrey, a realizat un astfel de experiment cu ajutorul dr. John Mansfield, un practician particular cu mulţi ani de experienţă în dietele prin eliminare. Dr. Norman Ramsey, un experimentat specialist, a ajutat la evaluarea schimbărilor simptomelor pacienţilor.

În acest studiu s-a folosit un eşantion destul de mare în care au fost implicaţi 53 de pacienţi cu artrită reumatoidă, iar 44 chiar au finalizat experimentul. Toţi au trecut printr-o perioadă de două săptămîni cînd medicamentele pe care le luau au fost retrase, ei primind în schimb paracetamol şi în plus un medicament fals, despre care li s-a spus că este nou inventat. Acest tip de tratament este cunoscut sub numele de *placebo*. Placebo joacă un rol important în experimentele ştiinţifice, aşa cum s-a explicat la p. 229.

După două săptămîni, pacienţii au fost împărţiţi în două grupuri, unul dintre acestea urmînd o dietă prin eliminare pentru diagnostic. În prima săptămînă dieta a constat din alimente ce sînt consumate de obicei doar sporadic. Au fost excluse toate lactatele, ouăle, cerealele, băuturile alcoolice şi aditivii, precum şi cele mai multe tipuri de carne, fructele şi legumele.

După prima săptămînă, aceste alimente excluse au fost pe rînd reintroduse. Orice produs care determina o reapariţie a simptomelor nu mai era consumat. Evaluarea pacienţilor a durat timp de şase săptămîni – perioadă suficientă pentru a testa aproape toate tipurile de mîncăruri şi pentru a crea o dietă ce excludea alimentele „incriminate".

În timp ce primul grup urma diata prin eliminare, celălalt grup a continuat tratamentul cu pastilele false. După şase săptămîni li s-a spus că vor încerca o nouă formă de tratament şi au fost puşi la o dietă prin eliminare. Obiectivul aici a fost să se folosească cel de-al doilea grup pentru a evalua *efectul placebo* – tipul de ameliorare care apare după *orice*

Scanned with OKEN Scanner

nouă formă de tratament. Gradul de răspuns obţinut în urma medicamentaţiei false era suficient pentru a măsura efectul placebo ce este de aşteptat în urma unei diete prin eliminare.

Simptomele de la nivelul articulaţiilor, prezente la toţi pacienţii, au fost evaluate folosindu-se diverse metode standard de măsurare a durerii şi rigidităţii, realizîndu-se în plus şi teste de sînge ce ajută la evaluarea severităţii artritei reumatoide. Dr. Ramsey, care nu ştia din care grup fac parte pacienţii şi deci nu era influenţat de această informaţie, a fost cel care a făcut evaluările. Grupul care a luat medicamentele false a prezentat îmbunătăţiri – deci *exista* un efect placebo –, dar cel care urmat dieta prin eliminare prezenta ameliorări mult mai accentuate. Ulterior, cînd şi grupul placebo a fost supus la dieta prin eliminare, pacienţii au înregistrat îmbunătăţiri uimitoare, care nu au avut loc atunci cînd erau sub efectul placebo.

Remarcaţi că aceste măsurători sînt o evaluare generală a grupului pe ansamblu: cînd erau analizaţi individual, unii pacienţi prezentau o ameliorare mai slabă, în timp ce alţii păreau să răspundă excelent la tratament. (Motivul evaluării pacienţilor ca „eşantion", şi nu individual, va deveni mai clar atunci cînd vom analiza următorul studiu.)

La sfîrşitul dietei, trei sferturi dintre pacienţi afirmau că se simt „ceva mai bine" sau „mult mai bine" decît la început.

De obicei, dieta prin eliminare are ca efect şi scăderea în greutate. Pacienţii dr. Darlington au slăbit aproximativ 4,5 kg în timpul experimentului. Supraponderalitatea avea efecte negative asupra articulaţiilor bolnave, mai ales asupra celor de la genunchi şi glezne. Se poate afirma că pierderea în greutate este cea care a dus la îmbunătăţirile semnificative remarcate. Prin urmare, pentru a verifica acest lucru, dr. Darlington a comparat pierderea în greutate a celor care au răspuns bine la tratament cu cea a pacienţilor care nu au răspuns bine. Nu s-au constatat diferenţe, prin urmare acest factor nu a fost luat în considerare ca influenţînd rezultatele.

Remisii spontane?

În ciuda acestor rezultate uimitoare, Gail Darlington în nici un caz nu este un apărător al ideii de intoleranţă alimentară: „Înainte de 1981, cele mai multe persoane din Marea Britanie considerau intoleranţa alimentară o prostie în context reumatologic, aşa cum credeam şi eu la vremea respectivă – sîntem instruiţi să gîndim aşa. Dar am fost impresionat de rezultatele pe care le-am văzut la pacienţii mei care s-au dus la alţi medici pentru a cere ajutor în schimbarea dietei. După cîţiva ani, lucrînd în acest domeniu, treptat am început să cred că intoleranţa alimentară *chiar este* relevantă la anumiţi pacienţi. Pentru a da un exemplu, am avut un pacient de 33 de ani care şi-a schimbat starea de la un şchiopătat accentuat din cauza artritei, ajungînd un tînăr perfect sănătos, fără probleme – şi a fost o îmbunătăţire pe care a putut-o menţine atît timp cît a evitat anumite alimente".

Reumatologii convenţionali au tendinţa să atribuie aceste rezultate remisiilor naturale, deoarece artrita reumatoidă este o boală ce apare şi dispare fără vreun motiv aparent. De asemenea, aceasta este foarte susceptibilă la efectul placebo. Gail Darlingotn înţelege acest îndoieli, dar simte că sînt plasate greşit: bineînţeles, sînt de acord că este posibil ca aceste ameliorări să fie pure coincidenţe, dar, totuşi, după cîţiva ani de activitate în acest domeniu, cu puţini pacienţi care înregistrează astfel de emisii, pare destul de improbabil ca *toţi* să intre pur şi simplu în remisii naturale exact în momentul în care încep dieta. În ceea ce priveşte efectul placebo, experimentul nostru a fost proiectat cu atenţie tocmai pentru a măsura acest efect cu ajutorul unui grup de control. Am demonstrat că într-adevăr există un efect placebo, dar nu i se puteau atribui toate ameliorările întîlnite la pacienţii care urmau

Scanned with OKEN Scanner

dieta. Mai mult decît atît, cînd grupul de control a fost supus unei diete prin eliminare, toţi pacienţii au răspuns la fel de bine ca şi cei din primul grup – *mult mai bine* decît atunci cînd erau sub efectul placebo.

Alte studii despre dieta prin eliminare

Există şi alte studii ce demonstrează utilitatea dietei prin eliminare pentru o parte din pacienţii – în total 30-40% – ce suferă de artrită reumatoidă. Într-un studiu efectuat în Norvegia, s-a folosit o dietă care era atît de eliminare, cît şi vegetariană (carnea nu a fost reintrodusă deloc). Rezultatele acestui studiu a arătat că 44% dintre pacienţi şi-au îmbunătăţit starea foarte mult şi unii dintre ei au fost capabili să identifice alimentele-problemă. Ulterior, s-au realizat studii de cercetare în care pacienţii au fost supuşi unei diete vegetariene, dar nu s-a remarcat o îmbunătăţire semnificativă a simptomelor, prin urmare dieta prin eliminare este cea care i-a ajutat pe pacienţii din Norvegia, şi nu evitarea cărnii. (Totuşi, rapoartele asupra acestui studiu menţionează adesea în mod greşit că rezultatele pozitive ale studiului se datorează dietei fără carne, ce a dus la ameliorarea simptomelor artritei reumatoide.)

Alţi cercetători, din India şi din Olanda, au obţinut de asemenea dovezi legate de intoleranţa alimentară pentru pacienţii lor ce sufereau de artrită reumatoidă. Din nou, ei au descoperit că 30-40% dintre aceştia au reacţionat foarte bine la dieta prin eliminare.

Cercetările mai recente au folosit diete elementare ce nu conţineau anticorpi alimentari (vezi pp. 268-269) pentru a trata artrita reumatoidă la diverşi pacienţi. S-a demonstrat că aproximativ 70% dintre subiecţi au înregistrat ameliorări semnificative după două săptămîni de dietă. Totuşi, studiile s-au oprit în acest punct şi nu s-a continuat cu testarea individuală a alimentelor pentru a le identifica pe cele responsabile de provocarea simptomelor.

Un singur studiu ce a folosit dieta prin eliminare pentru diagnosticare nu a obţinut nici un rezultat pozitiv în cazul pacienţilor implicaţi. Acesta a fost realizat la spitalul Addenbrooke din Cambridge, şi motivele pentru rezultatele slabe rămîn neclare. Dar, deşi nu au existat „ameliorări semnificative" în acest studiu, mulţi dintre pacienţi au remarcat că simptomele lor s-au îmbunătăţit uşor în faza de excludere a dietei şi că ele s-au înrăutăţit atunci cînd a început faza de testare a alimentelor. (Un răspuns particular este că un sfert dintre pacienţi au declarat că simptomele lor s-au înrăutăţit atunci cînd consumau apă de la robinet. Cercetătorii au testat în secret bilateral aceste reacţii – le-au dat sticle cu apă codate, astfel încît nici cercetătorul, nici pacientul nu ştiau ce tip de apă era testat. Testările efectuate în secret bilateral au arătat că reacţiile la apa de la robinet erau reale.)

Alte forme de artrită

Alte forme de artrită pot răspunde bine la o dietă prin eliminare – ele sînt descrise mai jos. Guta nu reprezintă subiectul acestei cărţi, deşi poate fi îmbunătăţită prin eliminarea anumitor alimente. Totuşi, tratamentul medicamentos modern, ce conţine un medicament specific numit allopurinol, este atît de eficient şi atît de sigur, încît a înlocuit alte abordări pe bază de dietă.

Scanned with OKEN Scanner

Reumatismul palindromic şi crizele de artrită

Această boală produce accese de durere şi umflături la nivelul încheieturilor care dispar în mod spontan, fără tratament, pentru a apărea cîteva luni sau ani mai tîrziu.

Intoleranţa alimentară reprezintă adesea cauza acestor accese. Adesea, persoanele care suferă de astfel de accese identifică momentul de apariţie a acestora cu consumul unor alimente ce sînt ingerate foarte rar. Este suficient să păstraţi un jurnal al alimentelor pe care le consumaţi pentru a vedea cum se leagă acestea de apariţia acceselor. Este bine să testaţi alimentul sau alimentele în legătură cu care aveţi suspiciuni, mai ales dacă este un ingredient dificil de evitat în mod normal, ca laptele sau grîul. Urmaţi procedura de testare prezentată în capitolul 14.

Dacă un jurnal al regimului alimentar nu vă oferă răspunsurile căutate, atunci merită să încercaţi o dietă prin eliminare. Dieta ar trebui începută în timpul unui episod de artrită, astfel încît, dacă accesele sînt de scurtă durată, ar trebui să citiţi capitolul 14 şi să fiţi pregătit să o începeţi imediat ce începe accesul de durere articulară. Dacă faza de excludere a dietei determină ameliorări, acest lucru se va întîmpla după cîteva zile sau, mai rar, în maximum zece zile. Trebuie să fiţi conştient de durata în timp a acestor accese în mod normal, astfel încît să nu confundaţi remisiile spontane cu ameliorările ce rezultă în urma dietei.

Poliartropatia inflamatorie reprezintă o altă formă de artrită care se poate ameliora în urma unei diete prin eliminare. Cereţi acordul medicului dumneavoastră înainte de a o încerca.

Artrita cronică juvenilă

Foarte rar, sensibilitatea alimentară are un rol în apariţia artritei cronice juvenile. Totuşi, aparent mîncarea nu are legătură cu problemele ce apar la mulţi copii care suferă de artrită şi este diferită de artrita reumatoidă a adulţilor. Din cauza riscurilor de malnutriţie şi stopare a creşterii copiilor atunci cînd aceştia sînt supuşi unor diete stricte, cei mai mulţi medici sînt reticenţi să încerce o dietă prin eliminare cu pacienţii lor copii. Dacă doriţi în mod deosebit să încercaţi o astfel de dietă, discutaţi mai întîi cu medicul dumneavoastră de familie sau cu un reumatolog. Cel mai probabil, etapa a doua a dietei prin eliminare (vezi capitolul 14) este cea mai potrivită pentru un copil şi nu are sens să treceţi şi la o dietă de stadiul trei.

Sindromul Behcet

În sfîrşit, o formă rară de artrită, cunoscută sub denumirea de sindromul Behcet, a fost legată de intoleranţa alimentară. Într-un studiu efectuat în Statele Unite, s-a descoperit că foarte adesea nucile reprezintă alimentul-problemă (iar un pacient a cărui stare se deteriorase foarte mult atunci cînd a consumat nuci a stabilit data debutului problemelor sale într-o perioadă în care trebuia să macine cantităţi mari de miez de nucă şi, prin urmare, inhala praful rezultat). Nu se ştie dacă aceste informaţii sînt relevante şi pentru alte grupuri de pacienţi, mai ales din alte ţări. Reţineţi faptul că, dacă nucile reprezintă alimentul-problemă, atunci şi alte tipuri înrudite – nuci pecan şi hicori – pot cauza de asemenea probleme. Unii pacienţi care suferă de acest sindrom declară că reacţionează şi la ciocolată, la alte tipuri de nuci şi la o varietate de alte alimente, cum ar fi roşiile, portocalele şi lămîile. În mod clar, merită încercată o dietă prin eliminare în cazul pacienţilor ce suferă de sindromul Behcet, dar cu acordul preliminar al medicului.

Scanned with OKEN Scanner

Urmarea unei diete prin eliminare pentru artrita reumatoidă

Înainte de a începe această dietă trebuie să obţineţi aprobarea medicului dumneavoastră şi o trimitere la un nutriţionist care se va asigura că primiţi suficienţi nutrienţi din alimente. Poate fi folosită dieta prin eliminare descrisă la capitolul 14 în vederea diagnosticării.

Reumatologii care au folosit dieta prin eliminare pentru pacienţii ce sufereau de artrită reumatoidă au descoperit că reacţiile la cereale sînt de obicei foarte lente la pacienţii lor. Ei au recomandat o testare mai atentă şi mai prelungită. În cazul grîului, trebuie să consumaţi o porţie normală de cereale ce înseamnă doar grîu, o porţie normală de cereale sau paste din grîu pur, *la toate cele trei mese*, timp de aproximativ cinci zile – opriţi-vă mai devreme dacă simptomele reapar. Porumbul, secara, ovăzul şi orezul trebuie testate în acelaşi mod timp de cinci zile.

Alte forme de tratament pe bază de dietă

Marea majoritate a pacienților ce suferă de boli reumatologice şi nu răspund la o dietă prin eliminare vor avea nevoie tratament medicamentos pentru a-şi proteja articulațiile. Dar există şi substanțe naturale în alimente – precum flavonoidele şi carotenoidele – pe care dr. Darlington le consideră utile pentru funcționarea normală a sistemului imunitar al pacienților. Ele accentuează efectul tratamentului medicamentos clasic pentru pacienții cu artrită reumatoidă. Aceste substanțe se găsesc în fructe şi legume, mai ales (pentru carotenoide) în alimentele colorate în portocaliu şi roşu, cum ar fi morcovii, roşiile, ardeii dulci şi mango, şi (în cazul flavonoidelor) în boabe ca afinele, zmeura şi murele, citricele, strugurii, pătrunjelul, vinul roşu şi ceaiul verde. Aceste substanțe acționează ca nişte antioxidanți şi probabil că lor li se datorează efectele pozitive asupra artritei reumatoide.

O altă abordare de regim alimentar ce poate fi benefică este urmarea unei diete de tip mediteraneean. Caracteristicile-cheie ale acesteia sînt consumul mare de fructe şi legume, verdeţuri proaspete şi ulei de măsline extra-virgin, cît de proaspăt posibil (acesta are proprietăți antiinflamatorii specifice). Consumul scăzut de carne roşie şi mesele regulate cu ulei de peşte reprezintă, de asemenea, o parte a dietei.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 14

Dieta prin eliminare: ghid pas cu pas

O dietă prin eliminare (mai exact, *o dietă de diagnostic prin eliminare*) este o modalitate de a-i pune corpului întrebări despre alimentele cărora trebuie să le facă faţă şi de a-i da şansa să vă spună care anume îl face să se simtă rău.

Pentru a putea auzi ce vă răspunde, aveţi nevoie de o perioadă de „tăcere" - adică o perioadă în care să nu se manifeste absolut nici un simptom. Pentru aceasta, veţi exclude toate alimentele susceptibile de a crea probleme încă de la început.

Eliminarea diferitelor alimente pe rînd - o metodă care poate fi sugerată de medicii care nu sînt familiarizaţi cu intoleranţele alimentare - nu prea dă rezultate, deoarece majoritatea oamenilor sînt sensibili la mai multe alimente. Trebuie eliminate *toate* odată pentru ca simptomele să dispară - pentru a crea „tăcerea" de care aveţi nevoie. (Principala excepţie de la această regulă vizează copiii foarte mici, care oricum consumă un număr limitat de alimente şi este puţin probabil să fie sensibili la foarte multe dintre ele.)

Orice dietă prin eliminare comportă două etape. Mai întîi evitaţi orice aliment care ar putea cauza probleme şi vedeţi dacă simptomele dispar - aceasta se numeşte *faza de excludere*. Dacă simptomele chiar dispar, se reintroduc în alimentaţie anumite elemente, pe rînd, pentru a descoperi care anume produc simptomele. Aceasta se numeşte *faza de testare*, deşi ar putea fi denumită şi *faza de reintroducere*.

Dieta prin eliminare pare destul de simplă, iar dacă este urmată cu grijă, totul ar putea decurge fără probleme, ajutîndu-vă să obţineţi răspunsurile de care aveţi nevoie. Totuşi, mai pot apărea capcane, uneori rezultatele fiind neclare. Acest capitol a fost conceput cu atenţie pentru a vă ajuta să evitaţi cît mai multe capcane posibil şi a vă oferi cele mai clare răspunsuri fără să vă modifice prea mult regimul alimentar.

Vă recomandăm să citiţi mai întîi acest capitol în întregime, apoi recitiţi fiecare secţiune şi încercaţi să o înţelegeţi bine înainte de a începe. Este foarte important să urmaţi dieta în mod metodic şi cu grijă.

Nu trebuie să fiţi descurajat de referirile constante la faptul că s-ar putea să apară probleme. *Foarte puţini vor întîmpina probleme*, dar, atunci cînd ele apar, este nevoie de sfaturi suplimentare - iată de ce posibilele capcane par să stea pe prim-plan în acest capitol.

Cel mai important lucru care trebuie înţeles în legătură cu dieta prin eliminare este următorul : nu are nici un rost să o faceţi fără tragere de inimă, pentru că pur şi simplu nu merge. Nu vă puteţi lua o pauză de o zi la un moment dat, ca într-un regim de slăbit sau „sănătos". Este o dietă de diagnostic, nu un tratament în sine. Dacă vă opriţi o zi - sau chiar şi numai dacă luaţi o gustărică -, nu veţi obţine un rezultat clar.

Este o greşeală şi să vă grăbiţi, deoarece cresc şansele să nu meargă totul bine. Poate că sînteţi nerăbdător să vă simţiţi bine din nou, dar încercaţi să gîndiţi în perspectivă. Imaginaţi-vă cum v-aţi putea simţi peste şase luni, dacă vă veţi simţi mai bine doar într-o anumită măsură sau aproape deloc şi nu veţi fi sigur ce ar trebui să mîncaţi şi ce nu, pentru

Scanned with OKEN Scanner

că dieta prin eliminare nu a funcţionat cum trebuie. Dacă nu v-aţi fi grăbit, poate că v-aţi fi revenit complet şi, chiar dacă ar fi durat cu cîteva luni mai mult, ar fi meritat din plin, pentru că ar fi putut însemna mulţi ani cu adevărat sănătoşi în viitor.

Adesea este foarte greu să luaţi dieta de la capăt. Chiar procesul în sine vă poate schimba – în special, *puteţi* dezvolta noi sensibilităţi la alimentele consumate în faza de excludere, pentru simplul motiv că sînt consumate mai regulat şi în cantităţi mai mari decît înainte. Dacă sînteţi deja sensibil la o gamă largă de alimente, dezvoltarea unor noi sensibilităţi vă poate împiedica să începeţi a doua oară dieta prin eliminare – pentru ca dieta să funcţioneze, aveţi nevoie de un set de alimente de bază la care nu manifestaţi nici o reacţie. Desigur, aceasta este o situaţie extremă, dar merită să ţineţi minte că se poate întîmpla. *Important este urmaţi în mod corect dieta prin eliminare de prima dată.*

Variaţiuni pe aceeaşi temă

Deşi toate regimurile prin eliminare diagnostice funcţionează pe acelaşi principiu, există diferenţe considerabile între medici în ceea ce priveşte alimentele pe care le permit în faza de excludere. Scopul este evitarea tuturor alimentelor care ar putea crea probleme. În esenţă, aceasta înseamnă toate alimentele care sînt consumate frecvent pentru că ele sînt, cel mai probabil, „vinovate". Totuşi, se ia în considerare şi „siguranţa" alimentelor – pare mai puţin probabil ca anumite alimente să provoace probleme, în comparaţie cu altele. Întrebarea este: pînă unde aplicaţi acest principiu? Unii pacienţi sînt sensibili la 20 de alimente sau mai multe – pentru a se simţi mai bine, trebuie să evite aproape tot ce mănîncă de obicei. Dar numărul acestor pacienţi este foarte mic. Majoritatea pacienţilor sînt sensibili la 1-5 alimente. În cazul lor, nu este necesară o fază de excludere riguroasă – trebuie doar să evite cei mai frecvenţi „infractori", ca grîul, laptele, ouăle, citricele, drojdia, ciocolata şi aditivii. Dieta extrem de riguroasă de care are nevoie primul grup de pacienţi este inutil de dificilă pentru cei din grupul al doilea – dar, din nefericire, nu există nici o modalitate sigură de a şti dinainte cărui grup îi aparţine o persoană.

Abordarea dietei prin eliminare pe care o recomandăm este o procedură *flexibilă* în trei etape care oferă cea mai bună dietă pentru fiecare tip de pacient. Mai întîi vom analiza diferitele tipuri de diete care sînt folosite în mod obişnuit de medici, ca să vă faceţi o imagine generală a modului cum funcţionează dietele prin eliminare.

Diferite tipuri de diete prin eliminare

Cea mai drastică formă de dietă prin eliminare diagnostică constă într-un post de cinci zile, timp în care nu se consumă decît apă plată. Această metodă are mai multe dezavantaje. Postul necesită foarte multă voinţă şi este dăunător pentru persoanele prea slabe sau care au o sănătate precară. Chiar şi în cazul celor care nu sînt prea slabi, au loc schimbări metabolice majore în timpul postului, pe măsură ce corpul începe să îşi consume rezervele de grăsime. Aceste schimbări metabolice şi altele care apar atunci cînd anumite elemente sînt reintroduse în alimentaţie pot produce simptome. Din aceste motive, nu am recomanda postul decît în anumite cazuri foarte dificile.

Pe o treaptă mai sus faţă de post este *dieta miel-şi-pere*, unul dintre primele tipuri de dietă prin eliminare. Este destul de ciudat, deoarece carnea de miel este un aliment destul de comun în Marea Britanie. Dieta a apărut în Statele Unite, unde nu prea se consumă carne

Scanned with OKEN Scanner

de miel. Deşi sensibilitatea la carnea de miel nu este frecventă, ea mai apare totuşi în Marea Britanie, aşa că faza de excludere miel-şi-pere este mai puţin indicată aici decît pe celălalt ţărm al Atlanticului.

O variantă modificată a dietei miel-şi-pere, folosită de unii medici, este curcan-şi-pere sau curcan-orez-şi-pere.

Deşi aceste diete sînt utile atunci cînd o persoană are foarte multe sensibilităţi, sînt inutil de stricte pentru majoritatea oamenilor. Repet, ele necesită multă voinţă şi presupun consumarea a două-trei alimente în cantităţi uriaşe, ceea ce nu este niciodată o idee bună. (Mai sînt şi alte motive pentru care aceste diete nu se mai folosesc acum. Unul are legătură cu zahărul care se găseşte în pere. La vremea cînd au fost concepute aceste diete prin eliminare, nu se ştiau prea multe despre posibilele efecte ale sorbitolului şi fructozei în exces asupra intestinului – vezi capitolul 10 –, care pot crea probleme dacă se consumă cantităţi mari de pere.)

Treapta următoare este dieta cu puţine alimente sau cu alimente rare. Într-o *dietă cu puţine alimente*, faza de excludere implică zece sau mai multe alimente pe care, de altfel, majoritatea oamenilor nu le consumă prea des. Alimentele alese variază de la medic la medic, dar tind să includă păstîrnacul, napii şi morcovii, pe care cei mai mulţi dintre noi nu le consumă în cantităţi mari. Şi alimentele permise variază de la pacient la pacient, pentru că medicul îl va întreba dacă consumă frecvent anumite alimente de pe lista celor permise – dacă răspunsul este afirmativ, trebuie să fie excluse şi ele. Majoritatea medicilor mai au o variantă de dietă cu puţine alimente, cu altă listă de alimente permise: pacienţilor a căror stare nu se ameliorează în timpul primei faze de excludere li se prescrie a doua dietă, în speranţa că se vor simţi mai bine. Desigur, întotdeauna există posibilitatea ca ambele liste să includă un aliment sau două care provoacă simptome.

Dieta cu alimente rare este o prelungire a dietei cu alimente puţine, dar, în loc să consume alimente neobişnuite, ca napul sau păstîrnacul, în faza de excludere pacientului i se cere să consume alimente exotice, cum ar fi batatele ori hrişca. De vreme ce este posibil să nu mai fi consumat niciodată (sau doar rareori) aceste alimente, e puţin probabil ca ele să provoace vreo reacţie. Într-un fel, dieta cu alimente rare este o îmbunătăţire faţă de cea cu puţine alimente, pentru că, dacă persoana respectivă nu se simte mai bine în faza de excludere, probabil că nu e sensibilă la mîncare. Dieta cu puţine alimente lasă întotdeauna o umbră de îndoială – poate *era* sensibilă la păstîrnac, chiar dacă nu mînca decît duminica la prînz? Dezavantajele dietei cu alimente rare sînt în principal costul – alimentele exotice pot fi scumpe – şi procurarea lor de către cei care nu locuiesc într-un oraş mare. Mîncărurile trebuie gătite altfel şi este posibil să trebuiască să vă obişnuiţi cu gustul, dar în general sînt mult mai bune decît napii! Acest tip de dietă merită luat în considerare de cei cu sensibilităţi multiple care îşi permit să cumpere alimente exotice şi au acces la ele, pentru că nu trebuie să se înfometeze, nici să consume excesiv un singur fel de mîncare şi ştiu sigur că nu au o reacţie de intoleranţă la ele.

Pasul final ne duce la cea mai puţin riguroasă formă de dietă prin eliminare, în care sînt permise majoritatea fructelor, legumelor, peştilor şi cărnurilor, fiind excluse grîul şi alte cereale, laptele, ouăle şi alte alimente alergene. Această dietă este îndeajuns de bună pentru mulţi, dar tinde să nu fie eficientă în cazul celor cu sensibilităţi multiple, pentru că aceştia continuă să consume anumite alimente care le provoacă simptomele.

Ar mai trebui menţionată şi o altă formă de dietă de diagnosticare prin eliminare. Aceasta utilizează *diete elementale* în faza de excludere, mai degrabă decît alimente. Anumite diete elementale au la bază alimente obişnuite, ale căror proteine sînt tratate pentru a le descompune în părţi mai mici (ca în formulele hidrolizate folosite pentru bebeluşi – vezi p. 324). Teoretic, fragmentele de proteine (peptidele) care rămîn în dieta elementală sînt prea mici ca să provoace reacţii alergice sau alte probleme legate de sensibilitate. Practic, unele persoane

Scanned with OKEN Scanner

cu sensibilitate la mîncare reacţionează totuşi la ele, pentru că fragmentele pe care le conţin aduc prea mult cu proteinele iniţiale. Totuşi, ele sînt foarte eficiente în cazul multora.

Un alt tip de dietă elementală conţine grăsimi şi zaharuri din alimente obişnuite, amestecate cu aminoacizi, care sînt elementele constitutive ale proteinelor. Spre deosebire de fragmentele de proteine, aminoacizii nu pot provoca reacţii de sensibilitate cauzate de proteine. De exemplu, nu pot declanşa o reacţie imunitară pentru că sînt prea mici ca să fie recunoscuţi ca antigene.

Diferite dezavantaje sînt asociate cu dietele elementale. În primul rînd, nu au un gust bun, deşi sînt oarecum mai acceptabile. În al doilea rînd, dacă le cumpăraţi fără reţetă, costă mult – dacă ar fi să nu consumaţi nimic altceva, ar trebui să cheltuiţi 20-40 de dolari pe zi, în funcţie de cît de activ sînteţi şi de cîte calorii aveţi nevoie. Deşi se găsesc în farmacii, sînt clasificate ca „substanţe borderline", ceea ce înseamnă că pot fi prescrise doar pentru un anumit număr de afecţiuni – iar o presupusă sensibilitate alimentară nu este una dintre ele. Cu toate acestea, pot fi utile ca ultimă soluţie pentru cineva care are intoleranţă la foarte multe alimente şi o dietă prin eliminare nu a fost deci suficientă. Nu ar trebui să încercaţi o dietă elementală fără ajutorul şi sfatul medicului.

O abordare în trei paşi

Un medic sau un nutriţionist, la o clinică privată ori în cadrul sistemului naţional de îngrijire a sănătăţii, este obligat să trateze pacienţii rapid şi eficient. Dacă se foloseşte o dietă elementală ca metodă de diagnostic, trebuie să fie un regim îndeajuns de simplu care să le poată fi recomandat tuturor şi care să nu necesite multe explicaţii. Un avantaj al dezvoltării personale este că dieta poate fi adaptată mai bine la nevoile pacientului, iar în acest scop am conceput un plan în trei etape care credem că oferă cea mai bună formă de diagnostic pentru fiecare tip de pacient.

Planul este aici doar schiţat, fiind descris mai amănunţit în altă secţiune. Ar trebui să încercaţi pe rînd fiecare etapă a planului şi să treceţi la următoarea doar dacă nu vă simţiţi mai bine. În cazul majorităţii cititorilor probabil că nu va fi necesar să treacă mai departe de prima sau a doua etapă.

Principalul avantaj al acestei abordări în trei paşi este că nu ar trebui să renunţaţi fără rost la mîncare, iar dacă aveţi o problemă simplă – cum ar fi consumarea unei cantităţi prea mari de cofeină –, vă va ajuta să o descoperiţi uşor şi rapid. Nu prea are rost să mîncaţi doar carne de miel şi pere cînd tot ce trebuie de fapt să faceţi este să renunţaţi la cafea sau la lapte şi portocale.

Etapa 1 a planului este un „program de mîncat sănătos" timp de o lună. În această etapă sînt eliminate alimentele şi băuturile care acţionează ca nişte droguri asupra organismului: cafeaua, ceaiul, băuturile pe bază de cola, cacao, ciocolata şi alcoolul sub orice formă. Efectele neplăcute (şi adesea nebănuite) ale cofeinei sînt descrise la p. 234. Zahărul şi alimentele dulci sînt şi ele excluse, pentru că le pot provoca probleme anumitor persoane, glicemia lor variind foarte mult. În sfîrşit, sînt eliminate alimentele bogate în histamine (vezi p. 165) şi toate tipurile de aditivi, ele fiind uneori sursa problemelor.

Dacă starea dumneavoastră se ameliorează în această primă etapă, atunci aţi scăpat foarte uşor, pentru că nu a trebuit să renunţaţi la nici un *aliment*, în sensul strict al cuvîntului.

Există avantaje substanţiale chiar şi pentru cei care nu se simt mai bine în această etapă. Dacă aveţi intoleranţă alimentară, simptomele de sevraj care apar cînd eliminaţi alimentele dăunătoare pot fi destul de grave. Renunţarea bruscă la cofeină, alcool şi zahăr în acelaşi

Scanned with OKEN Scanner

timp nu este decît un gest masochist – este mult mai logic să scăpaţi mai întîi de obiceiurile în sine. În special, vă ajută să reveniţi la o rutină zilnică trezire-muncă mai naturală, care nu se bazează pe prepararea regulată a unui ceai sau a unei cafele pentru a vă înviora, urmată de o somnolenţele inevitabile care se instalează cînd nivelul cofeinei scade.

Aţi putea descoperi şi că vă simţiţi *parţial* mai bine doar mîncînd sănătos şi evitînd drogurile comune precum cofeina. Această informaţie ar putea fi utilă mai tîrziu, cînd va trebui să decideţi ce atitudine abordaţi faţă de sensibilităţile dumneavoastră alimentare – veţi şti în ce măsură disconfortul dumneavoastră este cauzat de mîncare sau de alţi factori.

Etapa 2 a programului este o formă simplă de dietă prin eliminare care exclude doar alimentele dăunătoare cele mai obişnuite – aceasta este cea mai puţin riguroasă formă a fazei de excludere. Majoritatea probabil vor găsi aici răspunsurile la problemele lor.

Cei cîţiva a căror stare nu se ameliorează în etapa 2 ar trebui să treacă la etapa 3 a programului. Aceasta este o formă mai drastică a dietei prin eliminare, concepută să îi detecteze pe cei cu sensibilităţi la multe alimente. Forma exactă a acestei faze de excludere poate varia pentru a se adapta la nevoile fiecăruia – sugerăm fie o dietă cu puţine alimente, fie una cu alimente rare ori o combinaţie a acestor două tipuri de regim.

Alimente înrudite

Înainte de a începe o dietă prin eliminare, trebuie înţeles modul cum pot reacţiona alimentele între ele. Alimentele derivate din două plante (sau animale) înrudite vor fi similare din punct de vedere chimic. Mai ales, vor avea proteine similare. Nu trebuie să arate la fel ca să fie similare din punct de vedere chimic. De exemplu, cartoful şi roşia pot arăta destul de diferit, dar plantele care le produc se înrudesc îndeaproape.

Dacă aveţi alergie alimentară IgE la un anumit tip de alimente, puteţi manifesta o reacţie şi faţă de alimente provenind dintr-o sursă înrudită, deoarece anticorpii IgE care se leagă de prima proteină se vor lipi şi de o proteină înrudită similară. Par să apară reacţii încrucişate şi în cazul intoleranţei alimentare, deşi mecanismul nu este cunoscut, ca la alergia IgE.

Dacă aveţi motive să bănuiţi vreun aliment înainte de a începe dieta prin eliminare (pentru că îl consumaţi în cantităţi mari, de exemplu), ar trebui să verificaţi lista cu familiile de alimente (anexa 3) pentru a descoperi cărei familii îi aparţine. Împreună cu alimentul respectiv, ar trebui excluse toate „rudele" sale în prima fază a dietei. Dar testaţi neapărat aceste alimente mai tîrziu, fără *să vă aşteptaţi* la o reacţie doar pentru că sînt înrudite. Deşi reacţiile încrucişate sînt destul de comune în cazul anumitor alimente, mai ales al cerealelor, ele sînt foarte rare în cazul altora. Este întotdeauna o greşeală să anticipaţi o reacţie faţă de un aliment, pentru că aceasta poate duce la simptome psihogene – create de creier. Iar aceasta v-ar putea determina să evitaţi anumite alimente fără să fie necesar.

Familiile de alimente pot fi utile şi mai tîrziu, în planificarea dietei zilnice – aşa cum nu ar trebui să consumaţi prea mult din nici un aliment anume, acelaşi lucru este valabil şi pentru familiile de alimente.

Pregătirea pentru dieta prin eliminare

Consultul medical

Primul şi cel mai important pas este să mergeţi la medic, să vă descrieţi complet simptomele şi să solicitaţi un control medical. Aşa cum am explicat în capitolul 11, multe dintre simptomele intoleranţei alimentare pot avea alte cauze, iar unele pot fi chiar grave – medicul

Scanned with OKEN Scanner

vă poate examina în acest caz. Dacă nu este nimic în neregulă la prima vedere, atunci următorul pas logic este să încercaţi o dietă prin eliminare. Explicaţi-i medicului de ce vreţi să faceţi acest lucru şi cereţi-i sfatul. Se poate să aibă rezerve faţă de dietele prin eliminare şi veţi fi mai pregătit dacă citiţi în prealabil toate secţiunile relevante din acest capitol şi înţelegeţi ce anume implică. Dacă medicul consideră că nu ar trebui să vă modificaţi regimul din motive medicale, *trebuie* să îi urmaţi sfatul.

Ţinerea unei evidenţe

Începeţi cît de repede să ţineţi o evidenţă zilnică a simptomelor. Ar putea părea inutil în această etapă, dar se va dovedi foarte util mai tîrziu. Principalul scop este să vă faceţi o imagine detaliată a felului cum vă simţeaţi înainte de dietă – o linie de pornire cu care poate fi comparată orice stare viitoare a sănătăţii. Valoarea acestei evidenţe este subliniată de unul dintre cititorii noştri, care descrie cum a reuşit să urmeze dieta: „Ar trebui accentuată importanţa unui jurnal, mai ales în ceea ce priveşte simptomele. După cîteva zile în care se observă o îmbunătăţire, este uimitor cît de uşor uiţi că ţi-a fost rău – şi deci eşti tentat să renunţi la dietă".

În acelaşi timp, puteţi nota şi ce mîncaţi. Cînd vă planificaţi dieta, trebuie să fiţi conştient ce alimente consumaţi foarte regulat. Dacă ţineţi un jurnal alimentar timp de o săptămînă sau două, aceasta vă poate deschide ochii.

Rezolvarea altor probleme

Scopul dietei prin eliminare este să creeze o perioadă de „tăcere" în care să vă puteţi auzi corpul răspunzînd la anumite întrebări. Orice tip de zgomot de fond vă va deruta, aşa că, înainte de a începe, trebuie să eliminaţi alte lucruri care cauzează simptome. Cele patru elemente principale care trebuie avute în vedere sînt fumatul, alergenii din aer, hiperventilaţia şi sensibilitatea chimică.

Dacă fumaţi, acum este momentul să vă lăsaţi! Nu prea are rost să încercaţi să vă rezolvaţi problemele de sănătate în timp ce continuaţi să vă bombardaţi corpul cu fum extrem de toxic. Iar dacă sînteţi fumător pasiv, rugaţi-i pe fumătorii activi din familie să fumeze afară.

Ar trebui să bănuiţi alergenii din aer dacă printre simptome se numără astmul, rinita alergică, dacă vă curge nasul sau este roşu indiferent de anotimp (rinită perenă), dacă aveţi ochii roşii, umezi sau iritaţi, sinuzită sau „răceli" recurente. Eczemele şi urticaria pot indica alergeni în aer care aterizează pe piele sau obiecte care ating direct pielea. Pentru sursele probabile de disconfort şi anumite măsuri eficiente de evitare, consultaţi cartea *The Allergy Bible* de Linda Gamlin.

Hiperventilaţia este indicată de ameţeală, stare de slăbiciune, furnicături ale mîinilor şi picioarelor, amorţeală, senzaţii de confuzie, respiraţie grea şi diferite alte simptome. La pp. 231-232 se află o listă completă. Se pare că hiperventilaţia însoţeşte adesea intoleranţa alimentară, dar uneori poate fi singura cauză a simptomelor.

Nu se cunosc simptome caracteristice pentru chemosensibilitate, dar majoritatea oamenilor care au astfel de reacţii în general ştiu că anumite lucruri îi fac mereu să se simtă rău – cînd merg cu maşina, miros anumite parfumuri, citesc reviste ilustrate sau înoată în apă cu clor, de exemplu. Este dificil să evitaţi toate aceste lucruri, dar încercaţi să faceţi cît mai curat în jurul dumneavoastră (pentru detalii, vezi *The Allergy Bible*) şi aşteptaţi cam două săptămîni înainte de a începe dieta prin eliminare, astfel încît să puteţi evalua efectele curăţeniei.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă reacţionaţi la vreuna dintre aceste măsuri de evitare, oricît de puţin, ar trebui să le continuaţi în toate cele trei etape ale dietei.

Intoleranța alimentară și pilula

Emma a început să ia pilule contraceptive cînd era studentă şi nu a avut nici un fel de probleme. A continuat să ia pilulele pînă cînd a împlinit 30 de ani, iar apoi a trecut la „minipilula" conținînd doar progesteron, care era considerată mai sigură. Pînă la 30 de ani dezvoltase tot felul de probleme de sănătate, în special sindromul de colon iritabil şi migrene. Aceste probleme s-au agravat mult în jurul vîrstei de 35 de ani, cînd Emma a auzit pentru prima dată de rolul pe care l-ar putea avea alimentația în astfel de afecțiuni. A discutat cu medicul său despre o dietă prin eliminare, iar acesta i-a sugerat ca mai întîi să renunțe la pilule, ca să vadă ce efect aveau acestea. Două luni Emma nu a mai luat pilule, dar simptomele se manifestau la fel ca înainte. Apoi a încercat o dietă prin eliminare, cînd au dispărut toate simptomele, descoperind că acestea erau provocate de lapte, carnea de pui şi soia.

Respectînd un regim din care erau excluse aceste alimente, s-a simțit mult mai bine, iar după un an a hotărît să ia din nou pilule, deoarece nu se împăca prea bine cu alte metode contraceptive. A reînceput să ia minipilule, dar peste două zile, spre surprinderea sa, a avut o migrenă. La fel a pățit şi în următoarele două zile – trei migrene la rînd, primele după un an întreg. A încetat imediat să mai ia pilule şi durerile de cap nu au mai apărut. A început să se întrebe dacă nu cumva pilulele contribuiseră la problemele sale mai vechi, deşi nu se simțise mai bine cînd încetase să le mai ia. După cum arată acest exemplu, administrarea pilulelor pe o perioadă îndelungată poate avea efecte ciudate şi înşelătoare, iar întreruperea lor nu elimină simptomele imediat – ele pot persista multe luni. Orice femeie care bănuieşte că are intoleranță alimentară (mai ales dacă are migrene) şi care ia pilule contraceptive ar trebui să se gîndească la altă formă de contracepție înainte de a încerca o dietă prin eliminare.

Planificarea dietei

Momentul este extrem de important în acest caz, deoarece zilele de naştere, Crăciunul sau alte sărbători religioase, nunţile, reuniunile de familie şi concediile provoacă probleme serioase. Ideal ar fi să vă planificaţi dieta astfel încît să se încadreze într-o perioadă liniştită ori să amînaţi sărbătorirele pînă cînd o încheiaţi. Nu contează atît de mult în etapa 1 a dietei, cînd mai puteţi încălca regulile de alimentaţie o dată sau de două ori, dacă nu aveţi încotro. Totuşi, ar trebui să nu vă atingeţi de alcool, ceai şi cafea şi să nu exageraţi cu zahărul. În etapele 2 şi 3 nu mai puteţi face aceasta – *orice abatere de la dietă, oricît de mică, va afecta grav rezultatul.* Folosiţi indicaţiile din tabelul 3 pentru a vă planifica dieta. Evident, nu puteţi renunţa complet la viaţa socială în timpul acestor diete, aşa că trebuie să vă adaptaţi. Dacă sînteţi invitat în oraş să luaţi prînzul sau cina, nu este chiar atît de greu să vă aduceţi mîncarea dumneavoastră şi nu ar trebui să vă simţiţi stînjenit că faceţi acest lucru. În zilele cînd ieşiţi în oraş, gătiţi-vă alimentele permise şi luaţi-le cu dumneavoastră în caserole de plastic. La fel se pot prepara şi pacheţele pentru pauza de prînz la serviciu sau cînd plecaţi într-o călătorie. Dacă urmaţi dieta în lunile de iarnă şi vreţi să mîncaţi ceva cald, cumpăraţi un termos cu gura largă – sînt foarte folositoare şi deloc scumpe. Ca alternativă la ceai şi cafea, luaţi cu dumneavoastră un termos cu ceai de plante sau nişte pliculeţe cu astfel de ceaiuri – chelnerii din cafenele şi restaurante vă pot aduce o cană cu apă fierbinte.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3. *Indicații pentru planificarea dietei prin eliminare*

Etapa 1

Aceasta este dieta de „alimentație sănătoasă", care ar trebui urmată cel puțin o lună, dar poate fi continuată oricît doriți. Se mai permit unele „scăpări" în această etapă – mai puteți mînca și altceva, dar toate elementele interzise trebuie consumate cu moderație; nu vă atingeți de alcool, ceai și cafea. Etapa 1 va dura mai mult de o lună dacă starea dumneavoastră se ameliorează foarte mult în urma acestei diete – dar în acest caz nu veți mai intra în etapa 2.

Dacă treceți la etapa 2, ar trebui să urmați dieta de „alimentație sănătoasă" pînă sînteți pregătit să începeți.

Etapa 2

Faza de excludere din etapa 2 va dura cam trei săptămîni. Dacă *nu* reacționați la această fază de excludere, treceți direct la faza de excludere din etapa 3. (Iată de ce trebuie să vă gîndiți dinainte ce alimente veți consuma în etapa 3.) Dacă *reacționați*, atunci faza de testare din etapa 2 va mai continua două-trei luni. Nu este permisă nici o abatere de la dietă în nici un moment din etapa 2.

Etapa 3

Faza de excludere din etapa 3 va dura cam două-trei săptămîni. Dacă *nu* reacționați la ea, opriți-vă: concluzia este că nu mîncarea e sursa simptomelor dumneavoastră. Dacă *reacționați* la faza de excludere, puteți începe faza de testare, care va continua două-trei luni. Nu este permisă nici o abatere de la dietă în nici un moment din etapa 3.

Nu ar trebui să începeți etapa 2 sau 3 a dietei fără să stabiliți ce veți mînca în primele zile și să vă cumpărați lucrurile de care aveți nevoie. Foamea este un imbold foarte puternic, iar dacă nu aveți la îndemînă cantități suficiente de alimente permise, puteți flămînzi atît de tare, încît să dați iama în cutia cu biscuiți sau în coșul cu pîine într-un moment de slăbiciune. Pentru a evita astfel de scăpări, merită să gătiți dinainte cîteva porții, ca să puteți mînca oricînd ceva în doar cîteva minute. Un frigider cu un congelator mare este neprețuit – puteți să gătiți mai mult odată și să puneți mîncarea la congelator, în porții separate. Este utilă și o rezervă de „gustări" permise în dulap – pentru cîteva idei, vezi p. 289.

Alimentele ambalate și conservate ar trebui evitate în timpul acestor diete. (Pot fi folosite legume congelate, dacă este necesar, dacă verificați ce scrie pe ambalaj și vă asigurați că nu sînt adăugate și alte ingrediente.) Veți descoperi că majoritatea produselor gătite conțin oricum elemente nepermise: poate nu scrie că respectivul produs conține „lapte" sau „ouă", dar ar putea avea altă denumire – pentru sinonimele folosite, vezi anexa 1. Chiar dacă nu sînt ingrediente interzise, tot riscați, pentru că nu știți ce metode de procesare s-au folosit și cum v-ar putea afecta acest lucru. Se cunosc cazuri cînd nu toate ingredientele sînt specificate pe ambalaj. Așa că este mult mai bine, în această etapă, să vă limitați la mîncăruri simple gătite în casă, pentru că știți exact ce puneți în ele. Alimentele la conservă ar trebui evitate la început deoarece interiorul cutiilor de tablă, o rășină fenolică de culoare aurie, contaminează ușor alimentele. Unele persoane – puține – cu intoleranță alimentară sînt sensibile și la această rășină.

Din punctul de vedere al gătitului, poate fi o bătaie de cap să faceți două mîncăruri diferite, iar unii rezolvă această problemă punînd toată familia la regim, cel puțin în faza de excludere. Medicii ce recomandă dieta prin eliminare au observat adesea rezultate neașteptat

Scanned with OKEN Scanner

de bune la alt membru al familiei. Sînt numeroase cazuri în care simptomele de oboseală, irascibilitate, dureri de cap, rinită sau alte mici probleme ale partenerului de viaţă, cărora nu li se acordase prea multă atenţie înainte, dispar dintr-odată. Scepticii vor pretinde că ar putea foarte bine să fie ceva psihosomatic sau rezultatul unor obiceiuri alimentare mai sănătoase, dar în prezent nu există dovezi ştiinţifice nici pro, nici contra. Însă cu siguranţă nu le strică nici altor adulţi să urmeze această dietă. Copiii ar trebui incluşi doar dacă medicul este de acord şi vor avea nevoie de suplimente de calciu dacă se exclude laptele.

Cum să nu înrăutăţiţi lucrurile

În cazul anumitor persoane – deşi acestea sînt destul de puţine – intoleranţa alimentară pare să fie o afecţiune evolutivă, persoanele respective dezvoltînd foarte uşor noi intoleranţe. La ele, dieta prin eliminare, dacă nu este urmată cu grijă, poate accelera acest proces, deoarece consumă cantităţi uriaşe din alimentele permise. Acest lucru poate cauza intoleranţe la o gamă atît de largă de alimente, încît respectivii aproape că nu mai ştiu ce să mănînce. Un cititor, care s-a însănătoşit după ce a urmat dieta prin eliminare recomandată de noi, dar apoi a dezvoltat alte sensibilităţi, ne roagă să subliniem „pericolele alegerii altor alimente, bazîndu-ne foarte mult pe ele, pentru ca apoi să devenim sensibili la ele". Modalitatea de a evita această situaţie problematică este să nu consumaţi acelaşi aliment în fiecare zi şi nici în cantităţi mari (niciodată mai mult de o „porţie normală").

În prima parte a dietei prin eliminare (faza de excludere), poate fi necesar să vă bazaţi destul de mult pe alimentele de bază şi să le consumaţi aproape în fiecare zi. Dar aceasta ar trebui să dureze doar aproximativ o săptămînă. După ce se încheie faza de excludere, iar unele alimente au fost testate şi aţi ajuns la concluzia că nu sînt periculoase, evitaţi aceste alimente de bază o perioadă şi diversificaţi-vă meniul cît mai mult posibil. Introduceţi în regim cît mai multe alimente rare (vezi p. 288) pentru a ajuta la folosirea unor metode alternative. Fiţi atent la dependenţele de mîncare – un aliment de care începe să vă fie poftă poate crea probleme.

Nu trebuie să deveniţi obsedat de ideea că mîncarea este sursa problemelor dumneavoastră. Dacă aţi observat o mică ameliorare ce părea să aibă legătură cu evitarea unui aliment sau dacă aţi avut o reacţie variabilă şi neclară la dieta prin eliminare, puteţi fi tentat să înlăturaţi din meniu tot mai multe alimente, în speranţa că pînă la urmă îl veţi nimeri pe cel în cauză. Un pacient, pînă a ajuns să consulte un specialist, îşi restrînsese regimul atît de mult, încît nu mai mînca decît prune şi sardele. Evident, un regim atît de ciudat nu are cum să funcţioneze şi prezintă un mare risc de malnutriţie. Pe termen lung, aveţi nevoie de un regim adecvat şi variat pentru a vă menţine sănătatea; aceasta ar trebui să fie principala dumneavoastră preocupare. Aşa că fiţi atent să nu dezvoltaţi o obsesie legată de mîncare, încercaţi să nu vă faceţi prea multe griji şi priviţi mereu lucrurile în ansamblu. Dacă este posibil, urmaţi dieta prin eliminare sub supravegherea unui medic şi nu amînaţi să îi cereţi ajutorul în cazul în care ceva nu merge bine.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 4. *Alimentele care conţin zaharuri*

Zahăr alb şi brun
Miere
Sirop de zahăr invertit
Glucoză
Melasă
Sirop de arţar
Malţ
Îndulcitori pe bază de orz (îndulcitori macrobiotici)
Dulceaţă, inclusiv cea „fără zahăr adăugat"
Sosuri condimentate şi murături
Prăjituri
Biscuiţi
Îngheţată
Budinci
Ciocolată şi alte dulciuri
Băuturi carbogazoase şi piureuri de fructe
Orice produs pe care scrie: sirop de porumb, dextroză, fructoză, glucoză, maltoză, sucroză sau zahăr
Mîncare de fasole la conservă, inclusiv mărcile „fără zahăr adăugat"
Unt de arahide (cu excepţia mărcilor fără zahăr, vîndute în magazinele de produse naturiste)
Şi alte produse aparent apetisante conţin zahăr – unele supe la cutie (mai ales supele-cremă şi cele de roşii) şi anumite plăcinte cu carne.
Anumite medicamente, mai ales siropurile şi drajeurile
Fructele uscate, care sînt bogate în zaharuri naturale, nu ar trebui consumate.
Orice are gust dulce ar trebui privit cu neîncredere dacă nu conţine vreun îndulcitor artificial, cum este aspartamul. Îndulcitorii ca sorbitolul şi xilitolul (vezi p. 189) ar trebui evitaţi – aceştia se găsesc în gume şi alte produse „fără zahăr".

Etapa 1 – dieta de alimentaţie sănătoasă

Faza de excludere

Aceasta este rezumată în tabelul 5, pp. 276-277.

Eliminaţi următoarele alimente

- cafeaua şi ceaiul, inclusiv prăjiturile cu aromă de cafea etc.;
- ciocolata, cacaoa şi toate produsele cu aromă de ciocolată;
- Coca-Cola, Pepsi-Cola şi alte băuturi pe bază de cola;
- zahărul şi toate alimentele care conţin zahăr (vezi tabelul 4). Nu vă faceţi griji dacă mîncaţi o cantitate mică (de exemplu, în supă de roşii la cutie) în etapa 1. În etapele 2 şi 3 trebuie însă să fiţi mult mai atent;
- zaharina şi alţi îndulcitori artificiali;
- toate băuturile alcoolice, inclusiv berea fără alcool şi mîncărurile gătite în sos de vin, bere etc. Nu consumaţi excesiv oţet sau murături – nu mai mult de o porţie mică de două ori pe săptămînă;

Scanned with OKEN Scanner

- toţi coloranţii, conservanţii, antioxidanţii, potenţiatorii de aromă, aromele, agenţii de îngroşare, emulgatorii, stabilizatorii şi alţi aditivi. Orice este identificat cu un număr precedat de E: unele dintre aceste ingrediente sînt naturale, dar aceasta nu înseamnă neapărat că nu sînt periculoase, iar în această etapă este mai uşor să le evitaţi pe toate. Citiţi etichetele tuturor produselor – nu vă lăsaţi păcălit dacă pe pachet scrie „natural" sau „sănătos". Unele produse fără etichetă conţin aditivi. Ţineţi minte că margarinele conţin coloranţi şi sînt înalt procesate – orice alimente de acest tip ar trebui evitate. La fel şi şunca, slănina, carnea sărată de vită şi toate produsele afumate;
- cîrnaţii şi brînzeturile foarte fermentate – sînt adesea surse bogate de histamină;
- toate produsele comandate la domiciliu şi fast-food. Limitaţi la minimum mesele la restaurant, pentru că sînt foarte mulţi aditivi neaşteptaţi în astfel de mîncăruri;
- tot ce face intestinul mai permeabil: curry şi alte produse foarte condimentate, ananas şi papaya crude, aspirină şi alte medicamente înrudite.

În acelaşi timp, ar trebui să încercaţi să mîncaţi cît mai multe legume şi fructe. Legumele cu frunze verzi sînt deosebit de importante, iar salatele sînt esenţiale. Alegeţi carne sau peşte proaspăt în loc de plăcinte, cîrnaţi sau fish-fingers (chiar dacă nu au aditivi).

Dacă obişnuiaţi să consumaţi tărîţe, eliminaţi-le treptat din meniu (intestinul dumneavoastră s-ar putea să aibă nevoie de timp ca să se adapteze, aşa că nu renunţaţi brusc). Un consum zilnic de legume, cartofi, pîine din făină integrală şi fructe ar trebui să vă asigure tot necesarul de fibre. Încercaţi să consumaţi mai puţină sare şi evitaţi produsele foarte sărate, cum ar fi alunele şi chipsurile. Mîncaţi variat, nu consumaţi prea mult la o singură masă şi nici un singur produs în cantităţi uriaşe.

Dacă beţi multă cafea sau mult ceai, reduceţi cantitatea treptat, ca să nu manifestaţi simptome de sevraj. Nu luaţi analgezice care conţin cofeină. Alte medicamente pot conţine coloranţi – cereţi-i medicului dumneavoastră să vă prescrie medicamente similare, dar fără coloranţi.

Cafeaua şi ceaiul decofeinizate nu sînt permise. Se pot consuma ceaiuri de plante în loc de ceai şi cafea, dar evitaţi-le pe cele de echinacea, mate – care conţine cofeină şi tanin –, ceaiul roşu, care are multe elemente comune cu ceaiul obişnuit, deşi nu conţine cofeină. Ceaiul de iasomie, ceaiul verde chinezesc şi alte „ceaiuri verzi" nu ar trebui consumate.

Urmaţi această dietă cel puţin o lună, dacă nu vă simţiţi mult mai bine între timp.

Tabelul 5. *Dieta în etapa 1*

Permise:
Pîine din făină integrală
Lapte, unt, cele mai multe tipuri de brînză
Cereale care nu conţin zahăr sau coloranţi
Orice tip de carne proaspătă, neprocesată
Orice tip de peşte proaspăt, neprocesat
Cartofi
Orez
Fasole şi linte
Orice legume – consumaţi multe legume cu frunze verzi şi salate
Orice fructe proaspete, în afară de ananas şi papaya
Produse de patiserie – dacă sînt făcute în casă
Orice suc de fructe neîndulcit
Ceaiuri de plante, în afară de echinacea, mate şi ceai roşu (rooibos)

Scanned with OKEN Scanner

Nepermise:
Băuturi alcoolice, inclusiv berea şi vinul fără alcool
Mîncăruri gătite în sos de bere, vin etc.
Cafea
Ceai, inclusiv ceaiul verde, de iasomie, ceaiul verde chinezesc etc.
Cola şi alte băuturi răcoritoare
Ciocolată
Zahăr şi toate produsele care conţin zahăr (vezi tabelul 4 de la p. 275)
Îndulcitori artificiali
Oţet şi murături (permise doar în cantităţi mici)
Margarină
Toţi aditivii alimentari
Peşte sau carne afumată
Slănină şi şuncă
Cîrnaţi
Brînzeturi foarte fermentate
Mîncăruri comandate la domiciliu
Mîncăruri de la restaurant (permise doar foarte rar)
Tărîţe
Orice aliment foarte sărat
Aspirină şi medicamente înrudite
Curry şi alte condimente
Pentru mai multe detalii, vezi pp. 275-276.

Efecte posibile

Vă simţiţi mult mai rău

Probabil că suferiţi din cauză că aţi renunţat la cofeină – sau ar putea fi efectele renunţării la alcool. Aceasta este „dezintoxicarea" – acelaşi tip de simptome de sevraj pe care le manifestă şi un dependent de heroină, deşi în nici un caz atît de grave. Trebuie doar să mergeţi mai departe, ştiind că va trece şi că după aceea vă veţi simţi mult mai bine decît înainte. Renunţarea la zahăr ar putea avea efecte similare pînă cînd corpul dumneavoastră se obişnuieşte cu ideea.

Este puţin probabil că vă veţi simţi mai rău şi după două-trei săptămîni. Dacă se întîmplă totuşi, gîndiţi-vă ce alte schimbări au mai avut loc. Ar putea fi ele cauza? Sau oricum starea dumneavoastră de sănătate se înrăutăţea? Dacă sînteţi sigur că este din cauza regimului, atunci gîndiţi-vă ce alimente noi consumaţi sau ce mîncăruri consumaţi într-o cantitate mai mare decît înainte. Poate sînteţi alergic la astfel de alimente sau nu le toleraţi. Consideraţi-le suspecte şi eliminaţi-le în faza de excludere din etapa 2.

Vă simţiţi cam la fel

Treceţi la etapa 2. Urmaţi dieta de alimentaţie sănătoasă pînă cînd sînteţi gata să începeţi.

Scanned with OKEN Scanner

Vă simţiţi oarecum mai bine

Dacă sînteţi mulţumit de ameliorare şi nu vă place ideea de a renunţa la anumite alimente, v-aţi putea opri aici. Reîncepeţi să consumaţi ceai, cafea, alcool etc., ca să vedeţi care era problema, folosind instrucţiunile de mai jos.

Dacă simţiţi că aţi vrea să vă mai îmbunătăţiţi starea de sănătate, treceţi la etapa 2 a dietei. După ce încheiaţi etapa 2 (sau etapa 3), vă puteţi testa reacţiile la ceai, cafea, alcool etc.

Este posibil ca unii oameni care se simt oarecum mai bine în această etapă să sufere de candidoză. Eliminarea zahărului din alimentaţie se poate să fi îmbunătăţit situaţia, dar pentru a obţine rezultate mai bune ar putea fi nevoie de o dietă mai strictă şi de medicamente antimicotice (vezi p. 220). Aţi putea să încercaţi această dietă acum sau să treceţi la etapa 2 (descrisă mai jos) şi, dacă nu funcţionează, să vă întoarceţi la dieta fără zahăr pentru a elimina ciuperca.

Vă simţiţi mult mai bine

Bun – acum puteţi testa diferitele elemente pe care le-aţi eliminat din alimentaţie ca să vedeţi care anume sînt cauza simptomelor (pentru instrucţiuni, vezi secţiunea următoare). Testarea poate începe după o săptămînă în care v-aţi simţit mult mai bine. Dacă v-aţi simţit groaznic la începutul dietei, atunci cauza cea mai probabilă este cofeina. La primul test, încercaţi o ceaşcă de cafea sau de ceai destul de slab. Nu uitaţi că în ceai şi în cafea mai sînt zeci de substanţe nocive în afară de cofeină – poate reacţionaţi la una dintre acestea, iar în acest caz aţi putea fi sensibil la ceai, dar nu şi la cafea sau invers.

Faza de testare

Reintroduceţi în alimentaţie cîte un element în fiecare săptămînă – de exemplu:

- săptămîna 1 – alimente care conţin aditivi;
- săptămîna 2 – ceai;
- săptămîna 3 – cafea;
- săptămîna 4 – bere;
- săptămîna 5 – vin alb;
- săptămîna 6 – vin roşu;
- săptămîna 7 – băuturi spirtoase;
- săptămîna 8 – ciocolată.

Consumaţi cîte puţin din alimentul sau băutura testată în fiecare zi, începînd cu o cantitate mică şi continuînd să o măriţi pînă la sfîrşitul săptămînii. Dacă apare vreo reacţie, opriţi-vă imediat. Aşteptaţi pînă vă simţiţi mai bine, apoi treceţi la alimentul următor. Dacă nu apare nici o reacţie, atunci renunţaţi iar după o săptămînă şi treceţi la produsul următor. La sfîrşitul perioadei de testare, puteţi reintroduce în alimentaţie tot ceea ce nu a produs o reacţie negativă.

Dacă reacţionaţi la alimente care conţin aditivi, atunci renunţaţi la ele o vreme, cît testaţi celelalte produse. Apoi testaţi-l din nou pe fiecare pentru detalii privind diferitele grupe de aditivi, vezi anexa 4. Dacă reacţionaţi la un aditiv dintr-o anumită grupă, este foarte posibil să reacţionaţi şi la altele din grupa respectivă.

Scanned with OKEN Scanner

Încercaţi să vă păstraţi obiceiul de a mînca sănătos şi după terminarea dietei – nu vă apucaţi din nou să consumaţi multă sare şi zahăr sau să beţi cantităţi uriaşe de ceai, cafea sau alcool (chiar dacă nu au provocat nici un simptom). Continuaţi să consumaţi alimente proaspete, mai ales legume verzi, şi evitaţi mîncarea nesănătoasă.

Odată ce aţi stabilit ce elemente vă cauzează simptomele, probabil va trebui să renunţaţi complet la ele destul de mult timp, deşi aţi mai putea consuma cîte puţin din cînd în cînd. Gustaţi-le uneori, ca să vedeţi dacă mai reacţionaţi la fel.

Nici o reacţie?

Dacă vă simţiţi mai bine, dar nu aţi reacţionat negativ la nimic în faza de testare, există mai multe posibilităţi. Una este că aveţi într-adevăr o reacţie de intoleranţă la o componentă a unuia dintre aceste produse, dar perioada de abstinenţă v-a „vindecat". Acest lucru este probabil mai ales în cazul elementelor care sînt testate spre sfîrşitul acestei faze. Dacă reîncepeţi să consumaţi astfel de produse în fiecare zi, intoleranţa va reapărea. Aşadar, dacă simptomele încep să reapară, trebuie să luaţi de la capăt etapa 1 şi să testaţi totul din nou, de data aceasta în ordine inversă.

O altă posibilitate este candidoza (vezi p. 220). În cazurile uşoare, simpla renunţare la zahăr poate înlătura simptomele. Dacă aceasta este explicaţia, probabil veţi observa că simptomele reapar dacă reîncepeţi să consumaţi cantităţi semnificative de zahăr şi miere. Evident, soluţia este un regim alimentar fără zahăr.

Etapa 2 – o simplă dietă prin eliminare

Nu trebuie să flămînziţi în timpul acestei diete, atîta vreme cît sînteţi adaptabil în ceea ce priveşte alimentaţia şi vă gătiţi mîncarea în loc să mîncaţi produse cumpărate.

Înainte de a începe etapa 2, ar trebui ca etapa 1 să dureze cel puţin o lună, iar dumneavoastră să aveţi încă regimul alimentar din etapa 1. *Continuaţi să respectaţi toate restricţiile din etapa 1 şi în etapa 2.* Nu începeţi dacă aveţi vreo infecţie, în special diaree.

Înainte de a începe etapa 2, analizaţi dieta din etapa 3 şi gîndiţi-vă cum aţi face dacă ar trebui să o urmaţi. Un posibil rezultat al etapei 2 este intrarea direct în etapa 3 – trebuie să fiţi pregătit să faceţi asta.

Faza de excludere

Iată ce aveţi voie să consumaţi:

Alimente care conţin amidon:

- orez şi specialităţi din făină de orez – *dacă nu consumaţi în mod normal orez în fiecare zi sau aproape în fiecare zi;*
- cartofi – *dar nu şi dacă manifestaţi simptome ale intestinului;*
- alimente neobişnuite care conţin amidon, cum ar fi hrişcă, sorg, mei, ignami şi batate, pe care nu le consumaţi în mod normal – *acestea reprezintă o alternativă pentru a evita consumarea aceluiaşi aliment în fiecare zi sau în cantităţi foarte mari.*

Alimente bogate în proteine:

- carne de miel, porc, curcan, raţă, gîscă, iepure – *doar dacă este neprocesată;*
- peşte – *proaspăt şi fără să fie gătit cu făină, pesmet sau unt;*

Scanned with OKEN Scanner

- fructe de mare – *proaspete şi fără făină, pesmet, oţet sau alt dressing*;
- fasole, linte şi năut – *dar nu şi dacă manifestaţi simptome ale intestinului*;
- tofu şi alte produse procesate din soia – *doar dacă sînteţi vegetarian şi nu manifestaţi simptome ale intestinului. O altă modalitate de a obţine proteinele de care aveţi nevoie este să urmaţi o dietă elementară: cereţi sfatul medicului în acest sens.*

Legume:

- ceapă, varză, broccoli, kale şi
- varză de Bruxelles – *dar nu şi dacă manifestaţi simptome ale intestinului*;
- salată – *fără nici un dressing*;
- orice alte legume, în afară de porumb dulce şi ciuperci.

Fructe:

- orice fructe proaspete, exceptînd ananasul, papaya şi citricele (adică portocale, lămîi, grepfrut, clementine, mandarine, lămîi verzi etc.).

Uleiuri şi grăsimi:

- ulei de floarea-soarelui, ulei de măsline;
- ulei de floarea-soarelui solidificat în caserole mici în congelator, pentru tartine;
- margarină fără lapte (ar putea fi cam greu de găsit – citiţi cu atenţie etichetele).

Băuturi:

- apă minerală sau purificată;
- ceaiuri de plante, exceptînd echinacea, mate şi ceaiul roşu (rooibos);
- lapte din orez – *dar nu şi în cazul în care consumaţi în mod normal orez aproape în fiecare zi.*

Arome:

- sare, orice plante aromate.

Iată alimentele la care renunțați:

Alimente care conţin amidon:

- pîine, paste făinoase şi toate celelalte alimente care conţin grîu, secară, orz, ovăz, porumb;
- orez, dacă acesta face parte din regimul dumneavoastră alimentar în mod regulat;
- cartofi, dacă manifestaţi simptome ale intestinului.

Alimente bogate în proteine:

- carne de vită şi de pui;
- lapte şi toate produsele lactate;
- ouă de toate tipurile;
- soia şi toate produsele derivate;
- slănină, şuncă, cîrnaţi, hamburgeri, pateu, carne de vită sărată şi toate celelalte tipuri de carne afumată sau procesată;
- peşte afumat.

Scanned with OKEN Scanner

Legume:

- porumb dulce;
- ciuperci;
- ceapă, varză, broccoli, kale şi
- varză de Bruxelles, *dacă nu manifestaţi simptome ale intestinului.*

Fructe:

- citrice, ananas, papaya.

Uleiuri şi grăsimi:

- toate celelalte uleiuri în afară de cele de floarea-soarelui şi de măsline;
- unt, margarină care conţine ingrediente derivate din lapte.

Băuturi:

- băuturi pe bază de lapte de toate tipurile;
- suc de portocale şi de grepfrut;
- băuturi răcoritoare de toate tipurile;
- ceai, cafea, alcool.

Arome:

- condimente, piper, oţet.

Altele:

- drojdie şi extract din drojdie, inclusiv cuburi concentrate, pastă de drojdie etc.;
- toate tipurile de nuci şi alune, inclusiv arahidele;
- toate produsele conservate şi ambalate.

În plus, nu ar trebui să consumaţi:

- nici un produs pe care îl consumaţi în fiecare zi sau în cantităţi mari ori de care vă este poftă;
- nici un produs la care reacţionează vreunul dintre membrii familiei dumneavoastră sau care vi se pare suspect dintr-un motiv sau altul;
- nici unul dintre alimentele interzise în faza 1;
- nu luaţi aspirină cît timp urmaţi această dietă.

Imediat ce intraţi în faza de excludere, notaţi-vă tot ce consumaţi, inclusiv cantitatea aproximativă şi momentul. Notaţi-vă şi simptomele şi continuaţi astfel pînă la sfîrşitul dietei. Aveţi mare grijă să nu consumaţi prea mult din nici un aliment. Nu faceţi ospeţe – este cel mai bine să mîncaţi puţin şi des.

Faza de excludere a dietei trebuie să dureze două săptămîni sau pînă cînd vă simţiţi mai bine. S-ar putea ca o persoană care suferă de o afecţiune gravă, cum ar fi artrita reumatoidă, să reacţioneze mai greu, aşa că trebuie să continue timp de trei săptămîni (vezi capitolul 13).

Posibilele rezultate sînt analizate la pp. 283-284. Dacă vă simţiţi într-adevăr mai bine, nu ar trebui să mai amînaţi testarea alimentelor – pentru instrucţiuni, vezi p. 285-286.

Scanned with OKEN Scanner

Cîteva menţiuni speciale despre alimentele interzise

Laptele

Dacă sînteţi sensibil la lapte, aţi putea consuma lapte de capră sau de oaie după ce încheiaţi dieta. Dar în această etapă este mai bine să evitaţi şi aceste tipuri de lapte, deoarece pot apărea reacţii încrucişate. Nici laptele de soia nu este recomandabil în această etapă de început, pentru că soia se găseşte în destul de multe alimente procesate şi preparate din carne, iar unii oameni sînt sensibili la ea chiar dacă nu îşi dau seama că o consumă.

Ar trebui să evitaţi oricum alimentele ambalate şi procesate, dar, dacă totuşi mai mîncaţi, aveţi grijă că laptele poate fi denumit prin diferite sinonime pe eticheta cu ingrediente – vezi anexa 1. Majoritatea margarinelor conţin anumite substanţe uscate din lapte şi ar trebui evitate.

Tabelul 6. *Dieta în etapa 2*

Permise:
Carne de miel, curcan, porc, raţă, gîscă, iepure (proaspătă şi neprocesată)
Peşte şi fructe de mare (proaspete, fără să fie gătite cu făină sau pesmet)
Orice legume proaspete în afară de porumb dulce şi ciuperci (dacă manifestaţi simptome ale intestinului, evitaţi şi ceapa şi legumele din familia verzei, cum ar fi broccoli)
Cartofi (dar nu şi dacă manifestaţi simptome ale intestinului)
Orez, cereale cu orez şi specialităţi din făină de orez (dacă nu mîncaţi de obicei foarte mult orez)
Orice sucuri de fructe proaspete în afară de citrice (portocale, lămîi, grepfrut, lămîi verzi, mandarine etc.), ananas şi papaya
Năut, fasole şi linte (dar nu şi dacă manifestaţi simptome ale intestinului)
Ceaiuri de plante, în afară de echinacea, mate şi ceai roşu
Ulei de măsline, ulei de floarea-soarelui

Nepermise:
Pîine şi orice alt produs din grîu, secară, orz, ovăz sau porumb; orez, dacă îl consumaţi foarte regulat
Carne de vită, pui, slănină, şuncă, carne de vită sărată, cîrnaţi, hamburgeri, pateu, cărnuri afumate şi toate celelalte cărnuri procesate
Lapte, unt, iaurt, brînză şi toate celelalte brînzeturi. Verificaţi dacă produsele ambalate nu conţin lapte (vezi anexa 1)
Ouă
Soia (citiţi etichetele de pe alimentele ambalate)
Ananas, papaya şi portocale, lămîi, grepfrut etc.
Extracte de drojdie, cuburi concentrate etc.
Porumb dulce şi ciuperci
Toate tipurile de nuci, inclusiv arahidele
Tot ce mîncaţi în mod normal în fiecare zi şi orice alimente suspecte
Tot ce era nepermis în etapa 1

Scanned with OKEN Scanner

Cerealele

Puteţi înlocui alte alimente care conţin amidon, cum sînt batatele, meiul şi hrişca, şi să consumaţi cereale – vezi anexa 2. Fiţi atent să nu confundaţi hrişca şi arpacaşul – acesta din urmă este grîu, pe cînd hrişca este o cu totul altă plantă.

Dacă sînteţi obişnuit să mîncaţi foarte multă pîine, s-ar putea să aveţi senzaţia că nu prea v-aţi săturat şi ar fi tentant să daţi iama în cartofi. Încercaţi să nu cedaţi ispitei şi consumaţi alte alimente, mai puţin obişnuite, ca să vă săturaţi. Nu va ajuta la nimic să dezvoltaţi o sensibilitate la cartofi. În anexa 2 găsiţi şi alte alternative la pîine şi alimentele care conţin amidon.

Porumbul este consumat sub diferite forme: porumb dulce, porumb fiert sau copt, mălai, sirop de porumb, fulgi de porumb şi popcorn, precum şi în produsele americane cunoscute sub numele *grit* (mămăligă). Varianta italiană, *polenta*, se face tot cu porumb. Cleiul de pe timbre şi plicuri se face adesea din amidon de porumb, iar oamenii extrem de sensibili pot avea o reacţie negativă.

Grîul se găseşte în macaroane, spaghete şi alte tipuri de paste făinoase, cuşcuş, griş, biscuiţi, prăjituri şi produse de patiserie – ca şi în pîine, în majoritatea cerealelor pentru micul dejun şi a alimentelor ambalate. Dacă pe etichete scrie „făină", de obicei este vorba despre făină de grîu – sau de porumb.

Dacă eliminaţi orezul din alimentaţie, atunci ar trebui să evitaţi şi orezul sălbatic, deoarece aceste două plante sînt înrudite (deşi nu îndeaproape). Dacă descoperiţi că sînteţi sensibil la orez, testaţi mai tîrziu orezul sălbatic ca potenţial substitut.

Făina de cartofi, de orez sau de arorut poate fi folosită pentru a îngroşa sosurile – o puteţi cumpăra din magazinele cu produse naturiste. Nu folosiţi fulgi de cartofi deoarece conţin tot felul de aditivi.

Ouăle

Este vorba în primul rînd despre ouăle de găină, dar sînt multe şanse să apară reacţii încrucişate şi cu ouăle altor păsări, aşa că este recomandabil să evitaţi toate ouăle. Pentru sinonimele care pot fi folosite pe etichetele cu ingrediente, vezi anexa 1.

Drojdia

Dacă evitaţi drojdia înseamnă că nu trebuie să consumaţi nici un tip de extract din drojdie, cuburi concentrate, oţet sau orice produs care conţine extract de malţ sau „proteine hidrolizate". Evitaţi şi fructele prea coapte sau mucegăite. (Pîinea şi băuturile alcoolice sînt şi ele bogate în drojdie, dar aceste produse oricum nu sînt permise.) Multe tablete de vitamine au la bază drojdia, aşa că ar trebui să nu le mai luaţi. Există suplimente alimentare care nu conţin drojdie: întrebaţi într-un magazin de produse naturiste, de exemplu.

Posibile rezultate

Vă simţiţi mult mai rău

Aceasta se întîmplă de obicei în primele zile ale fazei de excludere şi în general se consideră că este un semn bun. Aceste „simptome de sevraj" se observă la mulţi pacienţi cu sensibilitate alimentară şi par să fie cauzate de eliminarea bruscă a alimentului dăunător. Ar

Scanned with OKEN Scanner

trebui să treacă pînă la sfîrşitul primei săptămîni, dacă nu chiar mai repede. Nu vă daţi bătuţi.

Vă simțiți puțin mai rău

Aceasta poate fi o variantă moderată a simptomelor de sevraj, dar dacă persistă după şapte zile înseamnă că este vorba despre altceva. O posibilitate ar fi că eraţi oarecum subnutrit dinainte, iar dieta a înrăutăţit lucrurile. În cazul în care consideraţi că probabil aşa este, reluaţi dieta de „alimentaţie sănătoasă" şi luaţi un supliment alimentar adecvat. Urmaţi acest regim vreo două luni şi încercaţi să vă restabiliţi starea de sănătate în general. Apoi încercaţi din nou dieta din etapa 2 – sau treceţi direct la etapa 3.

Vă simțiți mai rău, apoi mult mai bine

Dacă vă simţiţi mult mai bine trei-patru zile, atunci ar trebui să începeţi faza de testare – vezi mai jos. Nu amînaţi. Notaţi cum vă simţiţi în acest punct – poate fi util şi încurajator să recitiţi notiţele mai tîrziu, dacă veţi avea multe reacţii negative în timpul testării.

Vă simțiți mult mai bine destul de repede

Acest lucru este posibil, mai ales în cazul copiilor şi al tinerilor – ei par să nu manifeste simptome de sevraj. Treceţi la faza de testare.

Vă simțiți mult mai bine, dar mai manifestați un simptom sau două

Se pare că aţi eliminat alimentele care vă făceau cel mai rău, dar continuaţi să consumaţi ceva care creează probleme. Dacă simptomele rămase sînt relativ minore, puteţi trece la faza de testare. Testaţi alimentele importante: lapte, ouă, grîu, orez etc. şi continuaţi să le consumaţi pe cele care nu cauzează nici o problemă. Aceasta vă va ajuta să vă diversificaţi regimul. După aceea, răsfoiţi jurnalul pe care l-aţi ţinut înainte de a începe dieta şi încercaţi să identificaţi cauzele posibile ale simptomelor care încă se manifestă – este ceva ce obişnuiaţi să consumaţi foarte frecvent şi aţi continuat să o faceţi pe tot parcursul dietei? Posibilii suspecţi sînt cartofii, ceapa, roşiile, fructele de mare şi peştele. Eliminaţi toate aceste alimente şi apoi testaţi-le.

Dacă simptomele rămase vă supără destul de tare sau variază destul de mult de la o zi la alta, atunci nu va fi posibil să obţineţi rezultate clare după faza de testare. În acest caz, răsfoiţi jurnalul pe care l-aţi ţinut înainte de dietă şi căutaţi potenţialii vinovaţi. Eliminaţi-i imediat din regimul dumneavoastră. Dacă simptomele dispar, treceţi imediat la faza de testare. Dacă nu, începeţi dieta din etapa 3, de preferat o dietă cu alimente rare.

Înainte de a vă hotărî ce să faceţi, trebuie să aveţi în vedere posibilitatea că simptomele reziduale nu sînt cauzate de alimente. Dacă aveţi probleme cu flora intestinală şi candidoză, de exemplu, dieta fără zahăr şi drojdie se poate să vă fi ajutat foarte mult, dar nu a eliminat toate simptomele. Sau poate că principala dumneavoastră problemă era alimentaţia, dar simptomele reziduale au altă cauză – un alergen din aer sau poate substanţele chimice din mediul înconjurător. Dacă nu aţi verificat aceste ipoteze, încercaţi să o faceţi acum.

Scanned with OKEN Scanner

Vă simțiți mai rău, apoi mult mai bine, apoi iarăşi rău

Dacă manifestaţi simptomele de sevraj, vă simţiţi mult mai bine un timp, dar apoi starea dumneavoastră se înrăutăţeşte din nou e semn rău. Nu li se întîmplă multor oameni, dar dacă dumneavoastră v-aţi simţit aşa, atunci trebuie să analizaţi foarte bine situaţia.

Cea mai probabilă explicaţie este că dezvoltaţi o nouă alergie la ceva permis în faza de excludere – probabil ceva ce consumaţi în cantităţi mari. Răsfoiţi-vă notiţele din faza de excludere şi încercaţi să vă daţi seama ce anume ar putea fi – şi alimentele pe care le consumaţi din plin *înainte* de dietă sînt pe lista suspecţilor. Eliminaţi orice astfel de alimente şi vedeţi ce se întîmplă. Între timp, străduiţi-vă să nu consumaţi vreun aliment în exces. Soluţia ar putea fi introducerea în alimentaţie a unor alimente rare – vezi p. 288 –, dar nu vă răsfăţaţi prea mult nici cu acestea sau vă puteţi pierde şansa de a mai urma o dietă cu alimente rare mai tîrziu.

Dacă starea dumneavoastră se ameliorează din nou şi se menţine mai bună două-trei zile, puteţi începe faza de testare. Continuaţi să vă variaţi regimul cît mai mult posibil în această perioadă şi să mîncaţi cantităţi destul de mici din fiecare aliment – nu faceţi exces cu nici unul.

Dacă tot nu vă simţiţi bine sau dacă în faza de testare nu obţineţi rezultate clare, atunci cel mai bun plan este să treceţi direct la etapa 3, preferabil o dietă cu alimente rare. Ca ultimă soluţie, aţi putea încerca o dietă elementală (vezi pp. 268-269), dar numai sub supravegherea medicului.

Vă simțiți cam la fel

Puteţi fie să reîncepeţi dieta de „alimentaţie sănătoasă" şi să vă gîndiţi ce veţi face în continuare, fie să treceţi direct la faza 3.

Faza de testare

Aşteptaţi să treacă două-trei zile în care nu mai manifestaţi nici un simptom, dar nu aşteptaţi mai mult. Începeţi să testaţi alimentele care probabil nu cauzează nici unul dintre simptome – lucruri pe care nu le consumaţi în fiecare zi. Alegeţi produsele care vă plac – dacă alimentele trec testul, le puteţi încorpora în meniul dumneavoastră şi astfel veţi mînca mai puţine dintre cele din faza de excludere. Pe tot parcursul fazei de testare este vital să urmaţi un regim variat şi să nu consumaţi în exces nici un aliment. Continuaţi să vă notaţi tot ce mîncaţi, precum şi simptomele pe care le manifestaţi – în cazul în care ceva nu merge bine, acest jurnal se va dovedi nepreţuit.

Nu testaţi decît cîte un singur aliment. Mîncaţi o porţie normală din alimentul în cauză, la prînz şi la cină. Observaţi orice schimbări care apar în momentul acela, în timpul nopţii sau a doua zi. Majoritatea simptomelor se vor manifesta în acest interval, deşi cele ale intestinului s-ar putea să aibă nevoie de mai mult timp – acestea pot apărea la 4-48 de ore după ce a fost consumat alimentul, iar în cazul anumitor oameni ar putea dura chiar mai mult.

Dacă nu apare nici o reacţie pînă a doua zi, mai mîncaţi două porţii din aliment. Dacă nu reacţionaţi nici de data aceasta, faceţi la fel şi a treia zi. Dacă tot nu se manifestă vreo reacţie, atunci puteţi considera că alimentul respectiv nu este periculos, dar abţineţi-vă să îl consumaţi timp de patru zile (pentru a înlătura orice eventual efect al faptului că aţi mîncat acelaşi lucru trei zile la rînd) înainte de a mînca din nou.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă reacţionaţi negativ la vreun aliment, opriţi-vă imediat. În cazul anumitor simptome, cum ar fi durerile de cap sau migrenele, puteţi reuşi să contracaraţi reacţia luînd un amestec de sodiu şi bicarbonat de potasiu. Nu se ştie cum sau de ce funcţionează această combinaţie, dar se pare că are efect. Totuşi, este eficientă doar dacă simptomele nu se manifestă în majoritatea timpului – nu poate fi folosită în fiecare zi ca remediu pentru orice stare de rău provocată de mîncare şi, oricum, nu ar trebui luată prea des. Amestecaţi două linguriţe rase de bicarbonat de sodiu cu o linguriţă rasă de bicarbonat de potasiu, dizolvaţi-le într-un păhărel cu apă călduţă şi beţi amestecul cît de repede puteţi. *Nu faceţi niciodată acest lucru dacă aţi mîncat foarte mult, căci poate fi periculos în anumite circumstanţe.* Ar trebui să puteţi procura bicarbonat de potasiu de la farmacie, deşi s-ar putea să trebuiască să faceţi comandă – dacă doriţi să încercaţi acest remediu în loc să vă înarmaţi cu răbdare cînd reacţionaţi negativ la un aliment, atunci ar trebui să cumpăraţi aceste substanţe dinainte. Nu mai testaţi alte alimente pînă cînd nu dispar treptat toate simptomele. Foarte rar, simptomele – care pot fi destul de severe – persistă mai multe zile deşi nu aţi mai consumat respectivul aliment. Nu lăsaţi acest lucru să vă descurajeze sau să vă îngrijoreze.

Sînt cam 16-20 de alimente care trebuie testate.

Laptele şi brînza ar trebui să fie testate separat. Testaţi mai întîi laptele, bînd lapte proaspăt. Dacă reacţionaţi la lapte, probabil că veţi reacţiona şi la brînză şi *unt*, deşi unii oameni sensibili la lapte pot consuma unt. Chiar dacă puteţi bea lapte, este posibil să reacţionaţi la brînză. Unii oameni pot tolera laptele condensat, dar nu şi laptele proaspăt.

Citricele ar trebui testate mîncînd mai întîi *portocale*, apoi *lămîi*. Dacă le puteţi mînca fără probleme, nu mai trebuie să le testaţi şi pe celelalte.

Drojdia înainte de *ciuperci*. Puteţi consuma fie un extract de drojdie, fie vitamine pe bază de drojdie.

Testaţi *grîul* înainte de alte cereale. Nu-l testaţi sub formă de pîine, pentru că aceasta conţine şi diferite alte ingrediente. Anumite cereale pentru micul dejun conţin exclusiv grîu, fiind adecvate pentru testare – pot fi înmuiate în suc de fructe dacă nu puteţi consuma lapte. Dacă nu, consumaţi arpacaş sau paste făinoase (verificînd mai întîi ce alte ingrediente mai conţin) sau faceţi un aluat de clătite cu făină şi ouă (presupunînd că aţi testat deja ouăle şi că ele nu reprezintă o problemă). Dacă folosiţi făină, începeţi cu făină integrală, de preferinţă netratată şi provenind din plante crescute organic, căci astfel puteţi fi sigur că nu conţine şi alte ingrediente. Puteţi testa făina albă mai tîrziu. Unii oameni au intoleranţă la partea din bobul de grîu care se pierde în timpul producerii făinii albe, aşa că nu reacţionează decît la făină şi pîine integrală. Alţii au o sensibilitate doar faţă de făina albă, probabil din cauza aditivilor pe care îi conţine sau a proceselor chimice, cum ar fi înălbirea, care sînt folosite în procesul de producţie.

Dacă reacţionaţi negativ la grîu, lăsaţi să treacă măcar o săptămînă pînă să testaţi alte cereale – între timp, testaţi altceva.

Secara poate fi testată consumînd pîine crocantă din făină de secară, dar asiguraţi-vă că nu conţine decît secară, deoarece unele sortimente au printre ingrediente şi tărîţe de grîu. (De asemenea, nu uitaţi că unii oameni care au o reacţie la drojdie reacţionează şi la malţ, care este un ingredient obişnuit în pîinile crocante şi cerealele pentru micul dejun.) *Ovăzul* poate fi testat consumînd păsat de ovăz, iar porumbul, mîncînd porumb dulce sau mălai. *Orzul* poate fi testat consumînd arpacaş – fierbeţi cam două-trei linguri în apă sau în supă făcută în casă. Poate părea că nu prea are sens să testaţi un aliment precum orzul dacă nu îl consumaţi de obicei, dar este posibil să fi dezvoltat o sensibilitate la el dacă beţi bere în mod regulat sau dacă sînteţi sensibil la grîu. Secara, orzul şi ovăzul sînt înrudite îndeaproape cu grîul, iar reacţiile încrucişate nu sînt neobişnuite.

Alte alimente care trebuie testate sînt: *ouăle*, *carnea de vită*, *de pui* şi orice altceva aţi decis să evitaţi, cum ar fi *arahidele*.

Scanned with OKEN Scanner

Faza de testare ar trebui să dureze cam şapte-opt săptămîni. Dacă durează mai mult de atît, este posibil să vă fi pierdut sensibilitatea: persoana cu intoleranţă alimentară nu mai are reacţii atît de puternice după ce a evitat alimentul dăunător mult timp. În anumite cazuri, poate fi nevoie de mai multe luni sau chiar de ani întregi pentru ca intoleranţa să dispară, dar pentru alte persoane sînt suficiente două-trei luni.

Dacă după opt săptămîni de la începerea fazei de testare nu aţi încercat toate alimentele, ar trebui să le reintroduceţi în alimentaţia dumneavoastră pe toate cele pe care nu le-aţi testat încă. Mîncaţi de toate (porţii normale) în fiecare zi timp de o săptămînă. Dacă după o săptămînă nu aveţi nici o reacţie, atunci puteţi considera că nu vă fac rău. Dacă apare vreo reacţie, eliminaţi-le încă o dată pe toate din alimentaţie şi evitaţi-le timp de cinci zile sau pînă cînd dispar simptomele, dacă durează mai mult. Apoi testaţi din nou fiecare dintre aceste alimente pe rînd, folosind aceeaşi procedură ca mai înainte.

După ce aţi testat toate alimentele şi v-aţi stabilit un regim cu care vă simţiţi bine, puteţi testa elementele la care aţi renunţat în etapa 1: ceaiul, cafeaua, alcoolul etc. Urmaţi procedura descrisă la pp. 276-277.

Testarea incompletă

În cazul în care ceva nu merge bine în timpul fazei de testare – aţi putea avea gripă, de exemplu, sau altă infecţie –, atunci va trebui să întrerupeţi testarea alimentelor. Nu este totul pierdut, dar nu are rost să încercaţi să testaţi alimente mai mult de trei luni. Dacă nu puteţi testa toate alimentele excluse, ar trebui să reluaţi dieta de alimentaţie sănătoasă încă aproximativ o lună, evitînd doar produsele care au determinat o reacţie negativă cînd au fost testate.

Notaţi-vă simptomele şi vedeţi cum vă simţiţi la sfîrşitul lunii. Dacă vă simţiţi destul de bine, continuaţi să urmaţi dieta de alimentaţie sănătoasă, evitînd alimentele dăunătoare, şi vedeţi cum merge. Atît timp cît regimul dumneavoastră alimentar rămîne variat, ca să nu dezvoltaţi noi sensibilităţi, puteţi trece din nou prin etapa 2 mai tîrziu.

Dacă, după o lună de „alimentaţie sănătoasă", unele dintre simptomele dumneavoastră se manifestă din nou, ar trebui să reîncepeţi faza de excludere din etapa 2. Puteţi consuma şi orice alimente pe care le-aţi testat anterior şi aţi văzut că nu vă fac rău, dar, dacă simptomele nu dispar într-o săptămînă, ar trebui să le excludeţi şi pe ele.

În eventualitatea în care simptomele nu se mai manifestă, puteţi testa alimentele excluse conform indicaţiilor de mai sus. Dacă nu dispar, ar trebui să treceţi la etapa 3.

Etapa 3 – dieta prin eliminare mai drastică

Doar un număr foarte mic dintre cititorii acestei cărţi vor trebui să încerce dieta din etapa 3. Ei vor şti că trebuie să facă acest lucru deoarece etapa 2 a avut doar un succes parţial – sau deloc. Etapa 3 îi vizează pe cei cu sensibilităţi multiple care nu pot fi detectate printr-o simplă dietă prin eliminare.

O dietă adaptată

Etapa 3 necesită planificare într-o măsură mai mare decît etapele anterioare. Trebuie să hotărîţi singur ce alimente veţi consuma în faza de excludere, deoarece această dietă trebuie adaptată la obiceiurile dumneavoastră alimentare. Scopul este întocmirea unei liste cu cel

Scanned with OKEN Scanner

puţin douăsprezece alimente nutritive, uşor de procurat, nu foarte scumpe şi pe care nu le-aţi mai mîncat niciodată. Ar trebui să includă elemente foarte variate – anumite fructe, legume, cărnuri sau peşte şi unele alimente care conţin amidon. Am recomanda o combinaţie între „dieta cu puţine alimente" şi „dieta cu alimente rare", alegînd alimentele care să convină şi buzunarului, şi gusturilor dumneavoastră.

Propunem următoarele alimente.

Legume:

- ţelină, chimen şi alte legume din aceeaşi familie;
- avocado;
- lăptuci;
- napi (pot fi consumaţi cruzi, daţi prin răzătoare, în salate, dar şi gătiţi);
- năsturel;
- spanac;
- muguri de alfalfa;
- bame;
- sparanghel.

Carne şi peşte:

- curcan;
- raţă;
- gîscă;
- iepure;
- fazan sau alt vînat;
- miel;
- peşte (exceptînd peştele şi fructele de mare afumate).

Fructe:

- agrişe;
- coacăze negre;
- coacăze roşii;
- kiwi;
- mango;
- rodii;
- lychee;
- fructul pasiunii;
- guave;
- bananele şi perele pot fi incluse, dacă nu le consumaţi de obicei mai mult de o dată pe săptămînă.

Alimente care conţin amidon:

- mei;
- hrişcă;
- rapiţă;
- păstîrnac;
- igname;
- colocasia;
- fructul arborelui de pîine;
- manioc;

Scanned with OKEN Scanner

- batate;
- banane;
- orez sălbatic,
- tapioca;
- sago;
- castane;
- năut (şi ca sursă de proteine);
- dovleac;
- şi orezul poate fi inclus, dacă nu obişnuiţi să îl consumaţi des.

Uleiuri:

- ulei de măsline;
- ulei de floarea-soarelui;
- ulei de şofrănel;
- ulei de rapiţă;
- ulei de cocos şi cremă de cocos.

Gustări:

- seminţe de dovleac;
- nuci macadam;
- fistic;
- caju;
- alune braziliene;
- seminţe de pin.

Dacă pe această listă se află alimente pe care le consumaţi mai des de o dată pe săptămînă – sau le-aţi consumat în mod regulat la un moment dat –, ar trebui să le excludeţi. În anexa 2 găsiţi sfaturi privind locurile de unde puteţi procura produse exotice şi modul cum să le gătiţi. Cînd vă stabiliţi lista definitivă, încercaţi să reţineţi următoarele aspecte.

Fructele de avocado au efect laxativ la unele persoane. Dacă manifestaţi simptome ale intestinului, atunci nu ar trebui să le includeţi în regim. Dacă nu aţi mai mîncat niciodată avocado, încercaţi să mîncaţi două fructe odată înainte de a începe etapa 3, ca să vedeţi efectul.

Spanacul şi năutul nu ar trebui incluse pe listă dacă manifestaţi simptome ale intestinului. Păstîrnacul ar trebui consumat doar în cantităţi limitate şi nu în fiecare zi, deoarece conţine foarte mici cantităţi dintr-o substanţă carcinogenă (cantitatea este însă atît de mică, încît o porţie normală nu prezintă nici un risc).

Puteţi include şi alte alimente pe care nu le consumaţi prea des, dar nu şi dacă sînt înrudite cu cele pe care le mîncaţi frecvent. Legume cum sînt vinetele şi conopida pot fi dăunătoare, pentru că sînt înrudite îndeaproape cu anumite alimente de bază – vinetele cu roşiile şi cartofii, iar conopida cu varza.

Varietăţile de banane nu ar trebui incluse în cazul în care consumaţi în mod regulat astfel de fructe. Ar trebui să consumaţi ulei de floarea-soarelui doar dacă nu aţi mîncat înainte multă margarină şi dacă nu obişnuiaţi să folosiţi acest tip de ulei (sau „ulei vegetal") în cantitate mare la gătit.

Napii, lintea, fasolele boabe şi alte plante de acest tip nu ar trebui consumate, deoarece tind să afecteze flora intestinală. (Şi năutul face parte din familia fasolei, dar poate crea mai puţine probleme în acest sens.)

Scanned with OKEN Scanner

Dacă sînteţi vegetarian, ar trebui să vă gîndiţi bine înainte de a începe această dietă, căci va conţine o cantitate mică de calorii şi proteine şi gama de alimente nu este foarte variată – ceea ce înseamnă că s-ar putea să consumaţi anumite alimente în exces. Dacă vă puteţi permite puţin peşte sau carne, măcar o perioadă, probabil că vă veţi descurca mai bine în timpul dietei. Introduceţi aceste alimente treptat, înainte de faza de excludere, deoarece corpul dumneavoastră ar putea avea nevoie de timp ca să se adapteze la această schimbare.

Faza de excludere

Aceasta este concepută ca o dietă de bază, foarte simplă, în care să nu consumaţi decît alimentele permise. Fără ierburi aromatice, condimente, arome, fără conserve sau produse ambalate de nici un fel. Nu va fi o desfătare gastronomică, dar dieta nu durează mult – şi s-ar putea să vă facă bine.

Nu consumaţi decît alimentele permise şi *ţineţi minte să variaţi regimul, să nu mîncaţi vreun aliment în fiecare zi* şi nici *acelaşi aliment într-o cantitate prea mare.* Beţi doar apă îmbuteliată sau purificată (vezi anexa 3). Ca şi mai înainte, puteţi bea ceaiuri de plante, dar evitaţi-le pe cele pe care obişnuiaţi să le consumaţi în mod regulat. Şi pe acestea ar trebui să le alternaţi – puteţi deveni sensibil la orice beţi, iar ceaiurile de plante nu fac excepţie. Verificaţi eticheta, evitaţi-le pe cele care conţin extracte de portocale, lămîi sau mere.

Continuaţi faza de excludere cel puţin trei săptămîni şi notaţi-vă tot ce mîncaţi şi toate simptomele. Dacă nu vă simţiţi cu mult mai bine la sfîrşitul acestei perioade, este foarte puţin probabil să aveţi vreo sensibilitate alimentară.

Ar trebui şi să vă cîntăriţi în mod regulat în timpul acestei diete, mai ales dacă nu sînteţi supraponderal. Persoanele supraponderale nu ar trebui să se apuce de această dietă fără să ceară sfatul medicului. Dacă descoperiţi că slăbiţi foarte repede, ar trebui să discutaţi această problemă cu medicul dumneavoastră. În aceste circumstanţe, dietele elementale pot fi uneori utile, ca supliment alimentar.

Posibile rezultate

Vă simţiţi mult mai rău

Acest lucru se întîmplă adesea în primele zile din faza de excludere şi în general se consideră că este un semn bun. Aceste „simptome de sevraj" se observă la mulţi pacienţi cu sensibilitate alimentară şi par să fie cauzate de eliminarea bruscă a alimentului dăunător. Ar trebui să treacă pînă la sfîrşitul primei săptămîni.

Dacă după zece zile continuaţi să vă simţiţi mai rău, este posibil să vă afecteze unul dintre alimentele rare sau neobişnuite pe care le-aţi inclus în regim. Dacă mîncaţi hrişcă, renunţaţi la ea cîteva zile – la persoanele cu predispoziţie, poate provoca alergie alimentară sau falsă alergie. Dacă nu observaţi nici o ameliorare, eliminaţi pe rînd şi celelalte alimente permise. Dacă simptomele continuă să se manifeste, reluaţi dieta de „alimentaţie sănătoasă" şi gîndiţi-vă la alte soluţii.

Scanned with OKEN Scanner

Vă simțiți puțin mai rău

În acest caz ar putea fi vorba despre o variantă moderată a simptomelor de sevraj, dar dacă nu dispar după șapte zile înseamnă că alta este cauza. O posibilitate este că erați oarecum subnutrit de la început, iar dieta a înrăutățit lucrurile. În cazul în care considerați că așa s-a întîmplat, reluați dieta de „alimentație sănătoasă" și luați un supliment de multivitamine și minerale adecvat. Urmați acest regim vreo două luni, încercînd să vă restabiliți sănătatea în general. Apoi încercați din nou dieta din etapa 3.

Vă simțiți mai rău, apoi mult mai bine

Dacă vă simțiți mult mai bine trei-patru zile, atunci ar trebui să începeți faza de testare – vezi mai jos. Nu amînați. Notați cum vă simțiți în acest moment – poate fi util și încurajator să recitiți notițele mai tîrziu, dacă veți avea multe reacții negative în timpul testării.

Vă simțiți mult mai bine destul de repede

Acest lucru este posibil, mai ales în cazul copiilor și al tinerilor – ei par să nu manifeste simptome de sevraj. Treceți la faza de testare.

Vă simțiți mult mai bine, dar mai manifestați un simptom sau două

Se pare că ați eliminat alimentele care vă făceau cel mai rău, dar continuați să consumați ceva care creează probleme (presupunînd că ați eliminat toate celelalte probleme, cum ar fi alergenii din aer, hiperventilația și orice substanțe chimice din mediul înconjurător care vă afectează). Mai gîndiți-vă o dată la obiceiurile dumneavoastră alimentare anterioare – este ceva ce obișnuiați să consumați foarte frecvent și continuați să o faceți? Eliminați toate aceste alimente.

Dacă simptomele dispar, treceți imediat la faza de testare. Dacă nu, atunci cea mai bună opțiune este să începeți o dietă bazată exclusiv pe alimente rare, pe care nu le-ați mai mîncat niciodată.

Dacă simptomele rămase sînt destul de ușoare și destul de constante în fiecare zi, puteți trece la faza de testare – puteți obține rezultate utile după faza de testare. Dacă puteți să descoperiți care alimente reprezintă principala sursă a problemelor și să vă stabiliți o dietă cu care vă simțiți destul de bine, atunci vă puteți continua cercetările. S-ar putea ca simptomele care încă persistă să aibă altă cauză – pentru o listă a posibilităților, vezi secțiunea „Vă simțiți cam la fel".

Vă simțiți mai rău, apoi mult mai bine, apoi iarăși rău

Dacă manifestați simptomele de sevraj, vă simțiți mult mai bine un timp, dar apoi starea dumneavoastră se înrăutățește din nou poate însemna că dezvoltați o nouă sensibilitate – probabil la un aliment pe care îl consumați acum în cantități mari. Răsfoiți-vă notițele din faza de excludere și încercați să vă dați seama ce anume ar putea fi. Eliminați orice alimente de acest fel și vedeți ce se întîmplă. Între timp străduiți-vă să nu consumați vreun aliment în exces.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă starea dumneavoastră se ameliorează din nou şi se menţine mai bună două-trei zile, puteţi începe faza de testare. Continuaţi să vă variaţi regimul cît mai mult posibil în această perioadă. S-ar putea să fie nevoie să introduceţi în alimentaţie o altă sursă de amidon (carbohidraţi), ca să nu vă înfometaţi prea tare – există mai multe posibilităţi (vezi pp. 288-289). Nu vă lăsaţi intimidat de tuberculii aceia ciudaţi din magazinele de cartier cu specific. Ignamele, de exemplu, sînt delicioase coapte în cuptor, apoi tăiate cubuleţe şi prăjite în ulei. (Nu ar trebui totuşi să gătiţi la fel şi tapioca: aceasta trebuie fiartă, pentru a se înlătura o substanţă toxică. Tapioca este mai subţire decît ignamele şi are o coajă maro, uşor lucioasă. Ignamele sînt nişte tuberculi groşi, cu coajă maro-închis, mată.)

Dacă tot nu vă simţiţi bine sau dacă în faza de testare nu obţineţi rezultate clare, atunci o posibilă soluţie este o dietă elementală (pp. 268-269), dar ar trebui să consultaţi un medic şi să îi cereţi sfatul.

Vă simțiți cam la fel

Pare puţin probabil ca problema dumneavoastră să fie cauzată de o sensibilitate alimentară. Dacă este posibil, limitaţi-vă la o dietă cu „alimente rare", bazată doar pe alimente pe care nu le-aţi mai mîncat niciodată – doar ca să verificaţi dacă vreunul dintre alimentele consumate în faza de excludere este sursa problemelor. Dacă nu are nici un efect, atunci ar trebui să reluaţi dieta de „alimentaţie sănătoasă" şi să vă gîndiţi la alte soluţii.

Faza de testare

Aşteptaţi să treacă două-trei zile în care nu mai manifestaţi nici un simptom, dar nu mai mult. Începeţi să testaţi alimentele care probabil nu cauzează nici unul dintre simptome – lucruri pe care nu le consumaţi în fiecare zi. Alegeţi produsele care vă plac – dacă alimentele trec testul, le puteţi încorpora în meniul dumneavoastră şi astfel veţi mînca mai puţine dintre cele din faza de excludere. Pe tot parcursul fazei de testare este vital să urmaţi un regim variat şi să nu consumaţi în exces nici un aliment. Mai ales nu trebuie să consumaţi acelaşi aliment în fiecare zi. Continuaţi să vă notaţi tot ce mîncaţi, precum şi simptomele pe care le manifestaţi – în cazul în care ceva nu merge bine, acest jurnal se va dovedi nepreţuit.

Nu testaţi decît cîte un singur aliment. Mîncaţi o porţie normală din alimentul în cauză, preferabil la cină. Observaţi orice schimbări care apar în momentul acela, în timpul nopţii sau a doua zi. În primele cinci săptămîni, testaţi fiecare aliment cîte o zi. (Deşi este preferabil să îl mîncaţi trei zile la rînd, durează atît de mult, încît nu puteţi testa destule alimente – aveţi de testat mult mai multe decît în etapa 2.) Dacă vi se pare că reacţionaţi uşor, dar nu sînteţi sigur, testaţi alimentul respectiv şi a doua zi. După cinci săptămîni, s-ar putea să fiţi mai puţin sensibil, aşa că trebuie să testaţi mai bine fiecare aliment, consumîndu-l trei zile la rînd. Dacă pînă în a patra zi nu observaţi nici o reacţie, puteţi considera că alimentul nu vă face rău, dar evitaţi să îl consumaţi în următoarele patru zile (pentru a înlătura orice eventual efect al faptului că l-aţi mîncat trei zile la rînd) înainte de a mînca din nou.

Dacă reacţionaţi negativ la vreun aliment, opriţi-vă imediat. Nu mai testaţi alte alimente pînă cînd nu dispar treptat toate simptomele. Foarte rar, simptomele – care pot fi destul de severe – persistă mai multe zile deşi nu aţi mai consumat respectivul aliment. Nu lăsaţi acest lucru să vă descurajeze sau să vă îngrijoreze, ci urmaţi în continuare dieta.

Faza de testare ar trebui să dureze şapte-opt săptămîni. Dacă durează mai mult, este posibil să vă fi pierdut sensibilitatea: persoana cu intoleranţă alimentară nu mai are reacţii

Scanned with OKEN Scanner

atît de puternice după ce a evitat alimentul dăunător mult timp. Dacă mai testaţi alimente şi la opt săptămîni după începerea fazei de excludere, trebuie să o faceţi şi mai riguros. Aceasta înseamnă că trebuie să consumaţi fiecare aliment reintrodus în regim cîte o săptămînă întreagă, în fiecare zi, ca să îl puteţi declara nepericulos.

Dacă după 12 săptămîni nu aţi testat toate alimentele, aveţi două opţiuni. Una ar fi să le reintroduceţi în alimentaţia dumneavoastră pe toate cele pe care nu le-aţi testat încă timp de patru săptămîni şi să vedeţi dacă simptomele încep să se manifeste din nou. Dacă apare vreo reacţie, eliminaţi-le încă o dată pe toate din alimentaţie, aşteptaţi pînă vă simţiţi mai bine, apoi reintroduceţi-le pe rînd. De preferat, folosiţi testarea pe cîte trei zile sau pe o zi, dacă aveţi multe alimente pe listă.

A doua opţiune este să reintroduceţi pe rînd fiecare aliment, cîte unul în fiecare zi; dacă nu apare nici o reacţie, continuaţi să consumaţi acel aliment, dar cu pauze de patru zile, cam şase luni. După această perioadă, ar trebui ca sensibilitatea dumneavoastră să scadă foarte mult şi să puteţi consuma aceste alimente într-un mod mai puţin strict.

Nu aveţi nici o reacţie la testare

Şi în etapa 2, şi în etapa 3, există o mică posibilitate să vă restabiliţi în faza de excludere a dietei, dar apoi să nu reacţionaţi în nici un fel cînd testaţi alimentele. Aceasta se întîmplă mai frecvent în cazul pacienţilor tineri, dar este o situaţie destul de neobişnuită chiar şi cînd este vorba despre copii.

Există două explicaţii probabile pentru acest rezultat. Una este că, de fapt, nu aveţi nici o sensibilitate alimentară, iar dieta a avut un efect placebo (datorită aşteptărilor dumneavoastră pozitive că aceasta vă va ajuta). Cealaltă este că sensibilitatea s-a redus mult prin simplul fapt că nu aţi consumat alimentul care vă făcea rău timp de o lună sau două. În acest caz, nu pare să mai fie nevoie de alte restricţii alimentare, dar este recomandabil să aveţi un regim variat şi să nu faceţi excese cantitative, pentru a evita reapariţia problemei.

După dieta prin eliminare

Presupunînd că aţi identificat alimentele care vă făceau rău, pasul următor este să vă stabiliţi un meniu adecvat, în care acestea să nu fie incluse. Faceţi o listă cu alimentele pe care nu le puteţi consuma şi alta cu cele permise. Discutaţi cu medicul despre o eventuală dietă şi cereţi-i o trimitere la un nutriţionist care să vă sfătuiască în legătură cu valoarea sa nutriţională. Trebuie neapărat să consultaţi un nutriţionist pentru a primi sfaturi adecvate. Există un risc real să nu consumaţi anumiţi nutrienţi esenţiali şi să ajungeţi să suferiţi mai tîrziu de afecţiuni grave pe termen lung, cum ar fi osteoporoza.

După aproximativ şase luni, puteţi testa din nou fiecare dintre alimentele incriminate, ca să vedeţi dacă mai aveţi vreo reacţie. Dacă reacţionaţi negativ, mai încercaţi o dată după alte şase luni. Dacă nu, puteţi începe să le consumaţi o dată la patru zile. După un an, puteţi creşte frecvenţa cu grijă, dar nu ar trebui să mai mîncaţi acel aliment în fiecare zi sau în cantităţi mari. Dacă reapar anumite simptome, eliminaţi din nou alimentul din regimul dumneavoastră pentru vreo două luni.

Dacă nici după dieta prin eliminare nu vă simţiţi bine, atunci merită să luaţi în considerare alte posibilităţi – s-ar putea să aveţi şi alte probleme, în afară de intoleranţa alimentară. O tendinţă constantă de a avea diaree şi flatulenţă poate indica tulburări ale florei intestinale, care pot fi ameliorate cu un tratament probiotic (vezi p. 44).

Scanned with OKEN Scanner

Dietele prin rotaţie

Pentru persoanele care dezvoltă uşor noi sensibilităţi, o soluţie ar fi să consume toate alimentele prin rotaţie, o dată la patru zile. Aceasta este cunoscută sub numele de dietă prin rotaţie. Elementele de pe lista cu alimente permise sînt reîmpărţite în alte patru liste, cîte una pentru fiecare zi. Ar fi ideal să fie luate în considerare şi relaţiile dintre alimente, iar cele din aceeaşi familie (de exemplu, cartofii şi roşiile) nu ar trebui consumate în una dintre cele patru zile. Acest lucru face dieta prin rotaţie destul de restrictivă, dar ar putea fi necesar pentru anumite persoane. Pentru informaţii despre alimentele înrudite, vezi anexa 3.

Restricţiile impuse de dieta prin rotaţie sînt destul de severe – nu numai că există alimente nepermise, ci anumite alimente trebuie consumate în anumite zile. Se mai acceptă cîte o încălcare a regulilor, dar, chiar şi aşa, este într-adevăr foarte dificil să mîncaţi în altă parte decît acasă şi nu veţi putea participa la multe evenimente. Unii medici le recomandă diete prin rotaţie aproape tuturor celor care se recuperează după o sensibilitate alimentară, dar trebuie analizat raportul cost/beneficiu. Singurătatea şi izolarea pot fi la fel de dăunătoare pentru sănătate ca şi o alimentaţie neadecvată. Mai există şi problema că dietele prin rotaţie vă pot face să consumaţi acelaşi aliment în cantităţi mari doar fiindcă pentru fiecare masă puteţi folosi atît de puţine ingrediente.

Alte metode de tratare a intoleranţei alimentare

Pentru persoanele cu sensibilităţi alimentare multiple poate fi foarte greu să evite toate alimentele care le fac rău. Aceasta mai poate însemna că mănîncă ceva în cantitate prea mare, expunîndu-se riscului de a dezvolta noi sensibilităţi. Chiar şi celor care nu tolerează decît un singur aliment sau două le poate veni greu să le evite, mai ales dacă nu prea mănîncă acasă. Prin urmare, s-au făcut multe încercări de a dezvolta metode alternative de tratament.

Pentru că nu se ştie de ce apar intoleranţele alimentare, aceste tentative se bazează foarte mult pe metode de tip încercare şi eroare: se încearcă diferite tratamente şi se urmăresc efectele lor. Încă nu a fost conceput vreun tratament cu o eficienţă de 100% la toţi pacienţii, iar altele pe care le propun unii practicanţi ai medicinei alternative sînt destul de ineficiente şi chiar potenţial periculoase. Totuşi, există o metodă în curs de testare de către medici, cunoscută sub numele de tratament de neutralizare, ce merită să fie cercetată în continuare.

În cadrul anumitor studii, acest tratament a dat rezultate destul de bune, dar în altele acestea au fost mai slabe. În consecinţă, este controversat şi mulţi medici consideră că nu ar trebui utilizat pînă nu se confirmă că într-adevăr funcţionează. Dar, dată fiind natura complexă şi variabilă a intoleranţei alimentare, poate că nu este surprinzător faptul că acelaşi tratament are efecte diverse – teoretic, ar trebui să funcţioneze doar în cazul anumitor pacienţi, nu la toţi. Din proprie experienţă, putem afirma că această metodă chiar este eficientă în cazul unui anumit procent dintre persoanele cu intoleranţă alimentară. Dar probabil că nu merită să fie încercat decît dacă nu mai există o alternativă dietetică rezonabilă.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica de provocare-neutralizare

Mai este cunoscută şi sub denumirea de *terapie de neutralizare intradermică* sau *tehnica Miller*, după numele dr. Joseph Miller din Alabama, care şi-a petrecut mulţi ani elaborînd-o şi studiindu-i potenţialul. Tratamentul poate fi aplicat în două feluri – fie injectînd sub piele extracte din alimente (*injecţii subcutanate*), fie administrînd dropsuri cu extracte de alimente sub limbă (*dropsuri sublinguale*). În ambele cazuri, medicul stabileşte o anumită doză de extract alimentar care va „opri" sau va „neutraliza" simptomele cauzate de respectivul aliment.

Pentru a testa care este doza corectă, se folosesc *injecţii intradermice*, prin care se introduc în piele extracte alimentare. Cu ajutorul injecţiilor intradermice, extractele alimentare sînt introduse mai adînc în piele decît în cazul testelor cutanate. Se foloseşte o cantitate infimă de extract alimentar – 0,05 ml. În cazul în care corpul nu reacţionează la acest extract, nu apare decît o mică ridicătură, numită *pustulă*, care începe să se dezumfle curînd după aceea. În cazul în care corpul are o reacţie, umflătura se măreşte puţin şi are un aspect caracteristic – este albă, tare şi proeminentă, cu un vîrf ascuţit. Aceasta este o *pustulă pozitivă*. În acelaşi timp, pacientul poate manifesta simptome similare cu cele produse în mod normal de alimentul respectiv – iată partea de „provocare" a testului.

Partea de „neutralizare" a tehnicii se bazează pe încercarea de a descoperi dacă o anumită concentraţie a aceluiaşi extract alimentar va elimina simptomele. O astfel de doză va produce o *pustulă negativă* – albă, tare şi proeminentă, dar care nu se măreşte. De obicei, după zece minute este la fel de mare ca în momentul injectării.

Doza de neutralizare este de obicei *cea mai puternică* soluţie care nu produce o pustulă pozitivă, aşa că se determină începînd cu o soluţie care produce o pustulă pozitivă şi se scade treptat concentraţia. Folosind această metodă, se poate determina doza de neutralizare, chiar dacă pacientul nu manifestă simptome în momentul respectiv – pustulele nu arată decît doza potrivită.

Faptul că doza de neutralizare pare să „oprească" simptomele care au început deja să se manifeste este cu adevărat remarcabil, după cum s-a observat, şi mulţi sceptici au fost convinşi de o asemenea demonstraţie. Dar nu se ştie cum ar putea funcţiona. Dr. Miller a speculat că, atunci cînd se foloseşte doza de neutralizare, extractul alimentar rămîne în interiorul pustulei mult timp, ceea ce îi permite să exercite o anumită influenţă asupra sistemului imunitar. El sugerează că stimulează celulele supresoare, care atenuează orice reacţie a sistemului imunitar faţă de aliment. Aceasta implică, desigur, că o reacţie autoimună este un factor major în orice intoleranţă alimentară, ceea ce nu este deloc sigur. Dacă presupunem că deficienţele enzimatice sînt implicate în intoleranţele alimentare, atunci doza de neutralizare ar putea stimula corpul să producă mai multe enzime de detoxifiere.

Practic, terapia de neutralizare implică o lungă şedinţă de testare (de obicei, între o zi şi trei zile) cu diferite concentraţii ale alimentelor – toate alimentele incriminate de dieta prin eliminare. Extractele sînt injectate în pielea braţului, un proces care nu este foarte dureros. După ce se determină dozele de neutralizare pentru fiecare dintre aceste alimente, se prepară o mixtură a acestor extracte pentru utilizare. Pacientul este învăţat cum să facă injecţii subcutanate, de care este nevoie o dată la două zile la început, însă doar o dată pe săptămînă sau chiar mai rar după ce se urmează tratamentul cîteva luni. Unii oameni descoperă în cele din urmă că îşi pot întrerupe tratamentul fără efecte adverse.

Terapia sublinguală este abordată exact la fel, doza de neutralizare fiind determinată printr-o serie de injecţii. Dar mixtura de extracte destinată a fi utilizată acasă de către pacient este sub formă de dropsuri care se ţin sub limbă. În acest fel substanţa este absorbită rapid în sînge şi nu trece prin ficat, aşa că extractul nu este descompus rapid. Efectul

Scanned with OKEN Scanner

dropsurilor nu durează atît de mult ca acela al injecţiilor subcutanate – tratamentul trebuie repetat o dată la cîteva ore. Totuşi, dropsurile sînt utile în cazul alergiilor respiratorii sau al reacţiilor la substanţe întîlnite doar ocazional, deoarece pot fi luate doar la nevoie. Terapia sublinguală a fost folosită cu succes în tratarea pacienţilor cu reacţii alergice la acarieni şi polen.

Problema utilizării mixturilor de extracte pentru neutralizare este dificilă. Testarea acestei tehnici a implicat soluţii conţinînd extracte din cîte un singur aliment. Totuşi, unii practicieni folosesc pînă la 70 de extracte într-o mixtură. Nu se ştie cu siguranţă dacă metoda mai are efect în aceste condiţii.

Mai există preocupări privind posibilele pericole ale acestei tehnici în cazul pacienţilor cu reacţii alergice violente. Teoretic, este posibil ca o astfel de persoană să intre în şoc anafilactic atunci cînd i se injectează intradermic alergenul, iar acest lucru i-ar putea fi fatal. Totuşi, această tehnică se utilizează deja de mulţi ani pe scară largă şi în tot acest timp nu s-a înregistrat vreun efect fatal (sau aproape fatal). Cu toate acestea, oricine a manifestat reacţii alergice imediate şi violente la alimente (sau la alţi alergeni) ar trebui să fie evaluat înainte de începerea unui astfel de tratament.

În sfîrşit, se afirmă că metoda de provocare-neutralizare poate fi folosită ca un test diagnostic, pentru a determina ce alimente au efect negativ şi a evita o dietă prin eliminare. Aceste afirmaţii sînt contrazise de majoritatea medicilor familiarizaţi cu tehnica deoarece consideră că acest test este prea nesigur. Încercările detaliate arată că există adesea reacţii pozitive la extracte din alimente care nu provoacă simptome atunci cînd sînt consumate (fals pozitive).

Menţinerea sănătăţii

Odată ce aţi stabilit o dietă fezabilă sau altă formă de tratament, trebuie să aveţi grijă de sănătatea dumneavoastră în general, ca să nu vă îmbolnăviţi din nou. Cel mai important este să nu recădeţi în „dependenţa de mîncare" – dacă vă daţi seama că mîncaţi ceva în mod regulat, faceţi pauză o săptămînă, apoi consumaţi o perioadă alimentul respectiv prin rotaţie, o dată la trei-patru zile.

Continuaţi să mîncaţi sănătos, multe legume verzi, şi nu exageraţi cu alimentele procesate. Evitaţi tot ce irită peretele intestinului şi îl face mai permeabil: vezi pp. 275-276.

Exerciţiile fizice sînt foarte utile şi nu trebuie să fie foarte obositoare sau prelungite. Mersul vioi, alergatul, mersul cu bicicleta sau înotul timp de o jumătate de oră sînt suficiente. Dacă puteţi face acest lucru de două-trei ori pe săptămînă, vă veţi simţi mult mai sănătos – în fiecare zi este şi mai bine. Chiar şi urcatul pe scări în loc să luaţi liftul este benefic.

Oricine a avut o intoleranţă alimentară ar trebui să se expună cît mai puţin la substanţele chimice artificiale. În ciuda gradului tot mai mare de poluare a aerului şi a folosirii îngrăşămintelor chimice în agricultură, cele mai grave probleme sînt tot acasă, mai ales în casele cu termopan, aer condiţionat şi fără aerosoli. Aerisirea este utilă, ca şi eliminarea produselor de curăţat şi a celor din plastic care au un miros puternic, precum şi a surselor de solvenţi.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 15

Colicile

Nu toate colicile sînt cauzate de sensibilitatea la mîncare, dar pentru că unele dintre ele sînt, subiectul merită inclus în cartea de faţă. Acest capitol prezintă cauzele posibile ale colicilor şi un program pentru diagnosticarea şi tratamentul lor, care are rezultate bune indiferent de cauza problemei întîmpinate de copilul dumneavoastră. Nu mai e nevoie să menţionăm că mai întîi trebuie să consultaţi medicul, iar copilul trebuie supus unor analize pentru probleme mai serioase decît colicile.

Înainte de toate, bucuraţi-vă că sînteţi mamă în acest secol, şi nu în cel precedent. Cînd am publicat prima ediţie a acestei cărţi, acum 20 de ani, o teorie medicală larg răspîndită în privinţa colicilor pretindea că sînt provocate de răspunsul copilului la încordarea şi starea de oboseală a mamei. Copiii manifestau o stare mai gravă spre seară, declara teoria, din cauză că mamele erau mult mai obosite la sfîrşitul zilei. Primii născuţi erau mai înclinaţi spre colici decît alţii copii din cauză că proaspetele mame erau mult mai neliniştite. Şi toţi copiii îşi reveneau la aproximativ trei luni de la naştere pentru că *toate* mamele se simţeau subit (şi am putea spune şi miraculos) mult mai încrezătoare în acel moment.

Nu suna a teorie foarte plauzibilă, dar a fost remarcabil de eficientă în ţinerea mamelor care aveau copii cu colici departe de cabinetele doctorilor. Doar mamele aflate la prima naştere mai mergeau la medic din cauza colicilor – în momentul în care aceste mame se aflau la a doua naştere deja nu se mai deranjau să-i solicite sfatul. Iar aceasta a confirmat, desigur, teoria medicală potrivit căreia neliniştea mamelor reprezenta sursa problemelor.

Lucrurile s-au îmbunătăţit considerabil în multe feluri. Din fericire, ideea că mamele cauzează colicile este rar auzită acum. În zilele noastre, colicile sînt considerate în general o boală ca oricare alta, nemaifiind ignorate pe motiv că reprezintă ceva „natural", care nu necesită tratament.

Dar din alte puncte de vedere s-au făcut foarte puţine progrese. Încă veţi auzi că la un moment dat copiii trec peste asta şi nu e necesar să vă îngrijoraţi – sau că în timpul colicilor copilul nu are de fapt dureri, lucru foarte greu de crezut după ce vă priviţi copilul în chinurile colicilor. Şi, de asemenea, vi se va spune foarte probabil că „nimeni nu ştie cu adevărat ce anume provoacă colicile". Acest lucru nu este adevărat. Există un număr mare de dovezi în privinţa cauzelor colicilor şi cîteva tratamente posibile şi eficiente pe care le puteţi încărca.

Însă există de asemenea unele tratamente care trebuie evitate cu orice preţ, incluzînd cîteva care sînt recomandate pe site-uri dedicate colicilor.

Care sînt simptomele colicilor?

Copiii care au colici plîng mult mai mult decît copiii sănătoşi şi, adesea, acest plîns e caracterizat de tonalităţi înalte, fiind foarte greu de oprit indiferent cît de mult încercaţi să liniştiţi copilul. (Doctorii folosesc o regulă hotărîtoare pentru a decide dacă plînsul copilului este excesiv: plînsul durează trei sau mai multe ore pe zi, trei sau mai multe zile pe săptămînă, iar acest lucru se petrece de peste trei săptămîni.) Atunci cînd plînge, copilul poate să aibă gaze, să îşi strîngă picioarele la piept, să se înroşească la faţă, să îşi arcuiască spatele şi să aibă o înfăţişare care să indice că are dureri.

Colicile apar atît la copiii alăptaţi, cît şi la cei hrăniţi cu biberonul. De obicei, acestea apar la două săptămîni după naştere, se înrăutăţesc constant şi ating apogeul atunci cînd copilul are aproximativ şase săptămîni. După această vîrstă starea copilului tinde să se îmbunătăţească şi apoi să dispară total pe la vîrsta de trei-patru luni.

Copiii cu colici sînt în general sănătoşi. În general, nu au diaree (dar există şi excepţii – vezi mai jos). Nu au febră şi nu vomită (cu toate că pot regurgita hrana sau „rîgîi cu efect", aşa cum se întîmplă în cazul multor copii sănătoşi) şi vor lua în greutate în mod normal.

Trebuie să consultaţi un medic pentru a vă asigura că starea respectivă este într-adevăr de la colici, şi nu din altă cauză, pentru că există boli mult mai grave care pot produce un pattern similar de simptome. (Totuşi, colicile sînt cele mai comune şi, ca urmare, cea mai probabilă cauză a unor astfel de simptome.)

Ce înseamnă „colici"?

Există mai multe sensuri cu care se foloseşte cuvîntul „colici", şi acest lucru poate crea confuzii. Semnul-cheie al colicilor îl reprezintă plînsul prelungit şi foarte greu de liniştit. Pentru unii doctori, aceasta e tot ce înseamnă „colici" – faptul că un copil plînge foarte mult. Alţi doctori înţeleg prin „colici" că respectivul plîns este legat de o durere în partea inferioară a tractului digestiv ca urmare a gazelor strînse acolo, a unui spasm muscular sau a altui factor. Un doctor cu experienţă va privi în mod diferit, să spunem, de exemplu, relaţia dintre colici şi fluxul gastroesofagian (GOR – despre care vom discuta în capitolul următor), considerîndu-le două stări diferite. Doctorii de altă formaţie, care cred că singurul simptom al „colicilor" este plînsul excesiv, pot considera GOR o posibilă cauză a colicilor.

Ce anume provoacă colicile?

Un lucru important ce trebuie înţeles despre colici este faptul că există probabil cauze diferite pentru copii diferiţi. Pentru mulţi, acumularea de gaze este considerată sursa durerii, dar lucruri diferite pot fi cauzate de cauze diferite. Sau poate exista o durere în intestin fără ca respectivul copil să aibă gaze, eventual din cauza unui spasm muscular.

Acestea reprezintă cele mai comune cauze ale colicilor:

- înghiţirea de aer în timpul alăptatului;
- o cantitate mică de lactază în enzime;
- dezechilibrul florei intestinale;
- o reacţie de sensibilitate la proteinele din laptele de vacă;

Scanned with OKEN Scanner

- spasme musculare în intestin;
- dificultăţi şi tensiune la hrănire.

Vom discuta fiecare cauză dintre cele enumerate mai sus şi apoi vom descrie un program de tratament în funcţie de aceste cauze variate.

Înghiţirea de aer în timpul hrănirii

Este normal ca un copil să înghită aer în timp ce se hrăneşte, dar dacă înghite foarte mult aer care nu se elimină prin rîgîit, acesta poate rămîne în sistemul digestiv, cauzînd dureri. Ţinerea sticlei sub un unghi înalt, în aşa fel încît să fie doar lapte, nu şi aer în tetină, poate fi de ajutor. Uneori o tetină defectă poate determina înghiţirea excesivă de aer.

O cantitate mică de lactază în enzime

Unii copii cu colici prezintă o deficienţă minoră a lactazei în enzime. Această enzimă este necesară pentru a digera lactoza, zahărul prezent în lapte (vezi capitolul 9). Lactoza se găseşte în laptele matern, formula de lapte normală pentru copii, laptele de vacă şi toate celelalte tipuri de lapte animal.

Lactaza descompune lactoza în zaharuri mai simple care pot fi absorbite din intestin prin sistemul sangvin. Lactoza în sine nu poate fi absorbită, iar dacă nu este descompusă va continua să circule de-a lungul intestinului pînă în colon (intestinul gros). Aici trăieşte cea mai mare parte a florei intestinale (bacterii şi fermenţi ce apar în mod natural – vezi capitolul 2).

Aceste bacterii nu ne afectează negativ, dar dacă li se permite să se hrănească cu cantităţi uriaşe de lactoză generează o cantitate mare de gaze şi acid. Atunci cînd există o deficienţă serioasă de lactază, diareea va reprezenta un simptom principal. Despre aceste lucruri am discutat şi în capitolul 9. O deficienţă minoră de lactază poate produce colici ca simptom principal, cu posibilitatea apariţiei diareei.

Recomandări proaste privind colicile

Se pare că toată lumea din jur vă poate da sfaturi atunci cînd copilul dumneavoastră suferă de colici. Nu toate aceste sfaturi sînt bune. Mai jos aveţi cîteva sfaturi proaste în privinţa colicilor găsite pe site-uri:

„Formula de lapte cu o cantitate redusă de lactoză nu va ajuta." Acest sfat este greşit. Un număr semnificativ de copii care suferă de colici (aproximativ 25%, conform unui studiu recent) manifestă o problemă minoră cu lactoza, iar o formulă de lapte cu o cantitate redusă de lactoză îi va ajuta.

„Lactoza este o proteină care se găseşte în lapte." Această afirmaţie apare pe site-ul unei companii cunoscute de asigurări de sănătate, pe care v-aţi aştepta să găsiţi informaţii corecte. Lactoza este un zahar, nu o proteină. Există o mare diferenţă, în privinţa tratamentului şi supravegherea pe termen lung, între alergia/intolerenţa la o proteină de lapte şi incapacitatea de a digera lactoza. Este esenţial să înţelegeţi diferenţa (vezi p. 305).

„Puteţi linişti copilul cu ajutorul zgomotului de fond – porniţi aspiratorul." Un copil cu colici are dureri, nu plînge doar pentru că este irascibil, deci zgomotul de fond e posibil să nu ajute. Iar aspiratorul casnic pompează o cantitate mare de praf încărcat cu

Scanned with OKEN Scanner

alergeni din aer. Acest praf este un agent iritant puternic, iar alergenii îi pot afecta pe copii, în special pe acela proveniţi din familii înclinate spre alergii.

„Puneţi copilul în pat pe o piele de oaie pentru a-l linişti." Cercetările au arătat că pieile de oaie au de obicei particule de praf. Ca şi pornirea aspiratorului, acest „tratament" pentru colici pot face ca acei copii să devină sensibili la astm.

Unii doctori spun că dacă copilul are diaree înseamnă că nu are colici, deoarece, prin definiţie, „absenţa diareei" este unul dintre criteriile lor pentru diagnosticarea colicilor. Aceasta se reduce la o chestiune de denumire, şi nu la altceva mai important. De fapt, nu contează cum se numeşte acest pattern specific de simptome – colici cu diaree sau deficienţă minoră de lactază – atît timp cît aţi descoperit cauza durerii şi plînsului copilului.

Acest tip de colici poate fi diagnosticat prin reducerea cantităţii de lactoză din lapte şi apoi urmărirea dispariţiei simptomelor. Secţiunea privind tratamentul explică cum să procedaţi cu copiii hrăniţi cu biberonul şi (mai dificil, dar nu imposibil) cu copiii alăptaţi.

Dezechilibrul florei intestinale

Cu toţii avem bacterii şi fermenţi care trăiesc în tractul nostru digestiv şi care, în mod normal, sînt inofensive, aducînd de fapt numeroase beneficii. Acestea sînt cunoscute sub numele de floră intestinală (vezi capitolul 2).

Doctorii de la Universitatea din Torino, Italia, au arătat că există diferenţe în compoziţia florei intestinale a copiilor cu colici şi a celor sănătoşi. Acest lucru i-a determinat să se întrebe dacă acest dezechilibru poate reprezenta o cauză a simptomelor; drept urmare, au încercat să trateze colicile cu ajutorul unui *probiotic* (un supliment al bacteriilor „prietenoase") şi durata plînsului s-a redus. Acelaşi probiotic precum cel folosit în acest proces poate fi cumpărat acum pe piaţă şi puteţi să îl încercaţi dacă aveţi aprobarea medicului dumneavoastră. Pentru alte detalii vezi secţiunea privind tratamentul de la p. 303.

În speranţa prevenirii colicilor (şi a altor probleme care pot apărea dacă nu se reuşeşte stabilizarea florei sănătoase a intestinului) s-a încercat o altă metodă de abordare a copiilor hrăniţi cu biberonul. Substanţele cunoscute sub numele de *prebiotice*, care furnizează hrană pentru tipurile de bacterii folositoare, au fost adăugate unei formule de lapte. Acestea simulează unele prebiotice naturale ce se găsesc în laptele matern (vezi pp. 38-39). Atunci cînd acest tip de formulă de lapte este folosită începînd de la naştere, flora intestinală pe care o va dezvolta copilul conţine o cantitate mai mare de bacterii „bune" în comparaţie cu flora intestinală a unui copil hrănit cu formula obişnuită de lapte. Nu se ştie încă dacă această formulă poate ajuta la reducerea riscului dezvoltării colicilor. (Poate reduce ratele infecţiilor generale şi incidenţa eczemelor atopice apărute la copiii din familiile cu tendinţe spre alergii.)

S-a demonstrat că o formulă de lapte hidrolizat (o formulă hipoalergenică de hrănire – vezi p. 324) care conţine de asemenea prebiotice are efecte pozitive în tratarea colicilor.

O reacţie de sensibilitate la proteinele din laptele de vacă

Unii copii cu colici reacţionează la proteinele din laptele de vacă. În cazul copiilor hrăniţi cu biberonul, trecerea la o formulă de lapte care nu conţine aceste proteine poate conduce la îmbunătăţirea situaţiei lor. Pentru mai multe detalii consultaţi secţiunea privind tratamentul (p. 306).

Scanned with OKEN Scanner

În cazul copiilor cu sensibilitate la alimentaţie hrăniţi la sîn, problema e reprezentată de alimentele pe care le mănîncă mama şi care ajung în cantităţi mici în laptele matern. Cel mai frecvent proteinele din laptele de vacă sînt cele care creează probleme (luate din lapte, brînză, iaurt şi alte produse lactate), dar poate fi vorba şi despre alte alimente pe care mama le consumă. Identificarea alimentului-problemă şi eliminarea acestuia din dieta mamei pot duce la o îmbunătăţire substanţială a stării copilului.

Natura exactă a reacţiei adverse la alimente pe care o au aceşti copii este necunoscută – chiar dacă este vorba de alergie sau intoleranţă. De aceea ne vom referi la aceasta ca la o „reacţie de sensibilitate".

Testele standard de alergie (precum testele de intradermoreacţie) nu ajută la identificarea alimentului responsabil şi nu există alte teste care să vă ajute în acest sens. De aceea, diagnosticul depinde de eliminarea alimentelor din dietă şi de monitorizarea rezultatului. Alimentele care au fost scoase din dietă pot fi testate ulterior. În secţiunea pentru tratament se explică cum se face acest lucru. *Mai întîi trebuie să obţineţi acordul medicului.*

Probleme musculare ale intestinului

Pentru circulaţia alimentelor, muşchii intestinului se contractă în mod ritmic şi regulat. Dacă aceştia îşi pierd ritmul contracţiilor şi intră în spasme, pot provoca durere. În cazul unor copii cu colici, aceasta poate fi principala problemă.

Există medicamente care pot fi folosite pentru a ameliora spasmele, dar acestea pot acţiona şi ca sedative, drept urmare există temerea că ar putea produce sindromul morţii subite a sugarului. Masarea uşoară a stomacului bebeluşului poate fi de ajutor şi merită să o încercaţi. Ţineţi bebeluşul pe braţ cu faţa în jos în aşa fel încît burtica să se sprijine de braţul dumneavoastră cald; şi acest lucru îi poate fi de ajutor.

Dificultăţi şi tensiune la hrănire

Unele studii au arătat că bebeluşii cu colici nu sug la fel de bine ca bebeluşii sănătoşi şi nu sînt la fel de sensibili la mamele lor. Este dificil să spunem dacă aceasta este o cauză sau un efect al colicilor.

Să tratăm sau să nu tratăm?

Dacă colicile dispar de la sine la vîrsta de aproximativ 3 luni, există vreun motiv să le tratăm? Unii doctori ar spune că „nu" – doar aşteptaţi şi copilul dumneavoastră va scăpa de ele.

Un alt punct de vedere este cel potrivit căruia, la unii bebeluşii care suferă de colici, simptomele reprezintă o „reacţie de criză" iniţială a copilului expus la cantităţi mari de lapte de vacă sau alte proteine străine. Copilul se va adapta mai tîrziu într-o anumită măsură la alimentele problematice, în consecinţă colicile par să fi dispărut, căci plînsul teribil a încetat. Dar de fapt sensibilitatea nu a dispărut şi, mai devreme sau mai tîrziu, se manifestă cu alte simptome, cum ar fi eczemele, astmul sau diareea. Există numeroase cazuri care sugerează că se poate întîmpla astfel, dar ele reprezintă doar „dovezi anecdotice", şi nu date ştiinţifice riguroase.

Scanned with OKEN Scanner

O încercare de studiere a acestei probleme într-un mod mai sistematic a constat în investigarea a 68 de copii mai mari de trei luni cu sensibilitate la laptele de vacă. La investigarea istoricului medical al copiilor a reieşit că un procent foarte mare dintre aceştia au avut colici şi plîns persistent cînd erau bebeluşi. Unii medici consideră că acest lucru sprijină ideea tratamentului colicilor, pentru că subiecţii incluşi în studiu prezentau probleme de sănătate grave ca rezultat al sensibilităţii lor la lapte – probleme care ar fi putut fi evitate dacă s-ar fi eliminat laptele de vacă din dietă într-un stadiu timpuriu.

Un studiu mai recent al profesorului Francesco Savino de la Universitatea din Torino a urmărit să producă mai multe date ştiinţifice privind această chestiune. El a investigat sănătatea copiilor de 10 ani care au suferit de colici grave atunci cînd erau bebeluşi în comparaţie cu copii de aceeaşi vîrstă care nu au suferit de colici. A reieşit că un procent mai ridicat al copiilor ce au suferit de colici manifestă mai tîrziu alergii la plante, astm, eczeme atopice sau alergii la alimente. Acest lucru nu este surprinzător deoarece, după cum ştim deja, unii copii cu colici sînt alergici la laptele de vacă, adică sînt susceptibili în general la alergii.

Surprinzător în privinţa studiului profesorului Savino este că bebeluşii cu colici prezintă de asemenea mai tîrziu în copilărie crize de dureri abdominale („dureri de burtică") şi mai multe afecţiuni legate de somn, agitaţie, agresivitate şi alte probleme de comportament.

Durerile abdominale pot reprezenta un rezultat al tuturor durerilor pe care le-au suferit ca bebeluşi, deşi unii cred că există o cauză mai profundă care i-a făcut susceptibili atît la colici, cît şi la durerile abdominale de mai tîrziu.

Însă atunci cînd vine vorba despre tulburările de comportament este dificil să vă gîndiţi la orice altă explicaţie plauzibilă decît la cea evidentă : experienţa dificilă a primelor luni de viaţă în care au suferit de colici reprezintă cauza insomniei ulterioare, a agresivităţii şi, în general, a comportamentului dificil. Dacă prima impresie despre viaţă a acestor copii este că zi de zi aceasta se dovedeşte extrem de dureroasă şi inconfortabilă, nu e deloc surprinzător că nu îşi dezvoltă calmul şi predispoziţia la veselie. Legăturile emoţionale dintre părinţi şi copii pot fi de asemenea afectate de experienţa colicilor grave. Dr. Michael Tettenborn, pediatru consultant la Spitalul Frimley Park din Surrey, afirma că „psihiatrii pentru copii discută adesea despre tulburările de ataşament ca factor al problemelor de comportament ce apar mai tîrziu în copilărie. Ataşamentul se dezvoltă mult mai greu în cazul unui copil care plînge frecvent – iată aşadar de ce e importantă încercarea de a trata simptomele colicilor într-un stadiu timpuriu".

Revenind la întrebarea dacă să tratăm colicile sau să le lăsăm să treacă de la sine, ce concluzii reies din cercetarea profesorului Savino? În privinţa simptomelor alergiilor, e posibil ca bebeluşii cu alergie la lapte să se fi simţit mai bine mai tîrziu dacă s-ar fi renunţat la laptele de vacă într-un stadiu timpuriu, dar nu există garanţia acestui lucru şi este improbabil că aceştia ar fi putut evita toate problemele de alergie. Însă atunci cînd vine vorba despre probleme de comportament, pare plauzibil că tratarea eficientă a colicilor conduce la evitarea tulburărilor ulterioare. Iată un argument bun pentru a încerca să tratăm colicile şi să uşurăm durerea şi agitaţia bebeluşului.

Program de tratament pentru colici

Orice bebeluş cu simptome severe de colici ar trebui consultat repede de un medic, pentru a elimina posibilitatea unor probleme serioase, precum ocluzia intestinală.

Doctorul va putea de asemenea să decidă dacă este vorba de un reflux al acidului, cunoscut de asemenea sub numele de reflux gastroesofagian sau GOR, şi să prescrie un

Scanned with OKEN Scanner

tratament util în această problemă. GOR este considerat de mulţi doctori (cu toate că nu de toţi) o boală diferită de colici. De obicei se manifestă la bebeluşi prin regurgitare frecventă, dificultăţi la hrănire şi, posibil, vomă, dar ocazional poate să se manifeste atipic şi să aibă ca rezultat doar plînsul excesiv şi ca urmare poate părea că ar fi colici. În orice caz, acest lucru nu este des întîlnit. Reţineţi că GOR este probabil supradiagnosticat: deşi necesar pentru confirmarea diagnosticului, testul pentru demonstrarea ocurenţei frecvente a refluxului este făcut destul de rar. Mulţi bebeluşi care au GOR (mulţi dintre aceştia diagnosticaţi greşit) sînt sensibili la laptele de vacă şi starea lor se îmbunătăţeşte după eliminarea acestuia (vezi p. 319).

Dacă colicile de care suferă bebeluşul nu sînt foarte severe, puteţi amîna vizita la doctor şi încerca primii cîţiva paşi ai programului de tratament. (Puteţi consulta numai asistenta medicală sau consultantul medical pentru a vă asigura că în rest totul este bine cu bebeluşul.)

Verificaţi dacă unele măsuri simple sînt de ajutor. De exemplu, ajutaţi copilul să elimine în mod regulat aerul înghiţit atunci cînd îl hrăniţi. Intervalul de hrănire trebuie să fie cît de liniştit posibil; încercaţi să creaţi un mediu liniştit în general, pentru ca bebeluşul să nu fie suprastimulat.

Dacă fumaţi, renunţaţi la acest obicei şi convingeţi-vă şi partenerul să renunţe la fumat (sau, cel puţin, nu fumaţi în casă). Indiferent dacă alăptaţi sau hrăniţi cu biberonul, fumul de ţigară predispune copilul la colici. În cazul mamelor care alăptează, unele dintre toxinele prezente în ţigări ce intră în circulaţia sangvină vor trece în lapte şi pot avea un efect direct asupra stomacului delicat al copilului.

Următorul pas este acela de a încerca simeticon, o substanţă care nu este absorbită în stomac şi ca urmare este destul de inofensivă. Tot ce face este să spargă bulele de aer din stomacul copilului, transformîndu-le din mai multe bule de aer într-o singură bulă mai mare care poate fi eliminată mai uşor. Nu există dovezi puternice în favoarea acestui tratament, dar merită încercat. Bebeluşii au colici din diferite motive, dar dacă înghiţirea de aer este problema principală a copilului dumneavoastră, simeticonul poate fi soluţia pe care o căutaţi. Veţi afla în cîteva zile dacă simeticonul ajută sau nu.

Tratamentele naturiste reprezintă o altă opţiune pe care o puteţi încerca. Acestea pot fi de ajutor dacă principala problema e reprezentată de spasmele muşchilor intestinali ai copilului. Sînt disponibile formule variate, multe fiind numite „apă contra colicilor". Din păcate, pe lîngă plante, acestea conţin zahăr şi alcool şi nu au fost testate riguros pentru a afla dacă funcţionează sau dacă sînt sigure. Sînt preparate folosite de-a lungul timpului care pot sau nu să aibă un efect real.

Un amestec de plante testat corespunzător şi prezentat drept eficient este ColiMil. Există de asemenea tratamente convenţionale cu medicamente pentru spasmele muşchilor intestinali, dar acestea nu sînt recomandate, pentru că pot afecta respiraţia copilului, fiind posibil chiar să producă sindromul morţii subite a sugarului.

Dacă nici una dintre aceste metode nu dă rezultate, puteţi trece la un tratament probiotic, care implică suplimentarea cantităţii de bacterii folositoare pentru a îmbunătăţi flora intestinală. După cum am arătat deja, unii bebeluşi cu simptome de colici prezintă o floră dezechilibrată. Din păcate, nu există teste simple care să dovedească faptul că aceasta este cauza colicilor copilului dumneavoastră – trebuie să încercaţi tratamentul şi să observaţi dacă ajută. Reţineţi că nu toate probioticele sînt la fel, trebuie să folosiţi unul testat şi confirmat ca eficient pentru colici. Unul testat de profesorul Savino de la Universitatea din Torino şi prezentat ca fiind eficient este acum disponibil pe piaţă sub numele de picături BioGaia ProBiotic.

Scanned with OKEN Scanner

Lactoza ar putea fi problema?

Dacă apare o îmbunătăţire infimă sau nu apar ameliorări, reducerea lactozei din lapte e următorul pas.

Dacă hrăniţi bebeluşul cu biberonul, puteţi reduce lactoza relativ uşor. Rugaţi medicul sau farmacistul să vă recomande o formulă ce conţine puţină lactoză. Există mai multe mărci disponibile în prezent. Unele au caracteristici adiţionale cum ar fi proteine hidrolizate (vezi p. 324).

Mai tîrziu, cînd vă propuneţi să introduceţi alimentele solide şi apoi să-l înţărcaţi, trebuie să ştiţi dacă bebeluşul dumneavoastră poate digera o anumită cantitate de lactoză, deoarece aceasta va exista într-o anumită cantitate în dieta sa în cazul în care nu sînteţi extrem de grijuliu şi o evitaţi. Un copil care nu poate digera deloc lactoza e supus la o dietă limitată, destul de restrictivă din punct de vedere social. Reintroduceţi treptat lactoza în formula de lapte pentru a echilibra producţia de lactază a copilului. Puteţi face acest lucru prin amestecarea formulei normale de lapte cu formula ce conţine puţină lactoză începînd cu o parte la zece părţi, apoi creşteţi treptat la două părţi din zece, trei sau patru şi tot aşa, pînă cînd îl hrăniţi doar cu formula obişnuită ce conţine lactoză. Întrerupeţi dacă colicile reîncep şi întoarceţi-vă la amestecul anterior – ultimul tolerat de bebeluş. Mai tîrziu puteţi creşte din nou cantitatea de lactoză, de data aceasta într-un ritm mai lent.

Dacă alăptaţi bebeluşul, reducerea cantităţii de lactoză pe care o consumă copilul este mai dificilă, însă nu imposibilă. O metodă încercată în studiile ştiinţifice şi care pare să funcţioneze este să se extragă laptele din sîn (bineînţeles, într-o sticlă sterilă), apoi să se adauge enzima de lactază (disponibilă în farmacii sau prin comandă pe Internet); lăsaţi la frigider pentru o perioadă cuprinsă între 4 şi 24 de ore, apoi hrăniţi copilul cu biberonul. Trebuie să aveţi permisiunea medicului înainte de a încerca această metodă. (Există substanţe antibacteriene în laptele de sîn care vor proteja laptele de apariţia microbilor ce provoacă boli atunci cînd este păstrat în acest fel.)

O altă metodă testată în studii de cercetare este următoarea: luaţi o cantitate mică de lapte matern (aproximativ o lingură sau 15 ml) înainte de a hrăni copilul, adăugaţi patru picături de enzimă şi apoi lăsaţi laptele la temperatura camerei în timp ce alăptaţi. La sfîrşitul alăptării, daţi-i copilului laptele tratat cu o lingură. Cu toate că lactoza nu se va digera la fel de bine ca în metoda amintită anterior, se va reduce semnificativ cantitatea ei, şi poate exact de asta are nevoie bebeluşul dumneavoastră.

Cercetările demonstrează că înghiţirea de către bebeluş a picăturilor de enzimă direct în timpul hrănirii nu reprezintă o metodă eficientă.

Dacă copilul dumneavoastră are colici doar seara, atunci este posibil să existe un deficit de lactază, deoarece mesele de dimineaţă au fost mai consistente decît cea normală. Există diferite metode de a reduce cantitatea de lapte la masa de dimineaţă şi merită să le încercaţi. Cea mai simplă abordare este să lăsaţi copilul să se hrănească mai întîi dintr-un singur sîn şi apoi din celălalt. Acest lucru conduce la reducerea cantităţii de lapte consumat în timpul alăptării. Dacă acest lucru nu are efect, încercaţi să stoarceţi o cantitate de lapte înainte de alăptarea de dimineaţă pentru a reduce cantitatea disponibilă; puneţi laptele la frigider sau în congelator, pentru a-l folosi mai tîrziu. O altă metodă este aceea de a-i da copilului o cantitate mică de apă fiartă dintr-o cană sau dintr-un biberon înainte de alăptarea de dimineaţă, ca să se simtă sătul mai repede. În sfîrşit, puteţi alăpta numai dintr-un sîn la alăptarea de dimineaţă, cu toate că acest lucru poate fi dificil dacă copilul se simte încă flămînd. De asemenea, în general aceasta poate duce la reducerea cantităţii de lapte, ca urmare ar trebui să încercaţi metoda doar dacă produceţi într-adevăr prea mult lapte.

Scanned with OKEN Scanner

O altă metodă pe care o puteţi încerca, mai ales dacă bebeluşul are colici în momente diferite din zi, şi nu doar seara, este să-i daţi lapte mai puţin, dar mai frecvent de-a lungul zilei. Un copil a cărui producţie de lactază nu este suficientă pentru o cantitate mare de lapte se poate simţi bine cu mese mai reduse, dar mai frecvente.

Bebeluşul (hrănit la sîn sau cu biberonul) care nu răspunde la tratamentele enumerate mai sus şi prin urmare nu pare să sufere de o deficienţă de lactază ar trebui investigat pentru sensibilitatea la alimente.

Sucul de fructe şi bebeluşii

Numeroase studii au arătat că bebeluşii şi copiii mici pot avea dificultăţi în digerarea zaharurilor din sucul de fructe. Sucul de mere reprezintă un pericol frecvent. Poate provoca simptome dacă este dat bebeluşilor cu colici şi poate provoca diaree la copiii mai mici dacă este băut în cantităţi mari. Există discuţii dacă acest lucru se produce din cauza fructozei în exces (mai multă fructoză decît glucoză) sau din cauza conţinutului de sorbitol (vezi capitolul 10). Este posibil ca ambele să contribuie la acest efect. Bebeluşii care nu au colici în mod normal pot consuma cantităţi mici de suc de mere de obicei fără urmări, dar chiar şi la aceştia studiile au arătat că zaharurile cauzează fermentaţie în colon, deoarece se găseşte mai mult hidrogen în respiraţie.

Sucul de pere, care conţine de asemenea fructoză în exces şi de patru ori mai mult sorbitol decît merele, produce o fermentaţie şi mai mare şi, cu siguranţă, va produce unele simptome. Cercetătorii de la Spitalul pentru Copii din Miami (Statele Unite) au arătat că sucul de struguri albi, care nu conţine sorbitol, dar conţine cantităţi egale de fructoză şi glucoză, poate fi dat copiilor pentru că nu provoacă colici. Alţi cercetători au demonstrat că problemele de absorbţie a zahărului dispar odată cu creşterea copiilor, fiind de obicei absente la copiii în vîrstă de cinci ani.

Cele mai multe sucuri de fructe nu au fost testate, dar e puţin probabil să creeze probleme dacă sînt date în cantităţi mici copiilor îndeajuns de mari. În mod ideal, bebeluşii sub şase luni nu ar trebui să se hrănească cu nimic altceva decît laptele matern (sau formulă de lapte). Sucul de fructe şi alte alimente pot fi date bebeluşilor numai după împlinirea vîrstei de patru luni.

Investigarea sensibilităţii la alimente a bebeluşilor cu colici

În această secţiune sînt descrise reacţiile de sensibilitate la proteinele din lapte şi alte proteine din alimente.

Zahărul din lapte şi proteinele din lapte – asiguraţi-vă că ştiţi care este diferenţa!

Înainte de a începe, vrem să ne asigurăm că diferenţa dintre *deficienţa de lactază* şi *reacţiile de sensibilitate la proteinele din alimente* e clarificată în profunzime, deoarece acest lucru este important. Ca urmare, vă oferim un rezumat al elementelor-cheie:

Lactoza este un *zahar* (dizaharidă sau „zahar-doi" – vezi capitolul 9) pe care unii bebeluşi nu îl pot digera în totalitate din cauza unei deficienţe a enzimei lactază. Această situaţie poate fi temporară (de exemplu, ca urmare a unui scaun cu diaree – aceasta reprezintă o *deficienţă secundară de lactază*), incidentală (doar atunci cînd bebeluşii au avut

Scanned with OKEN Scanner

o masă în cantitate mare) sau permanentă şi totală (o problemă rară şi moştenită genetic, numită *deficienţă de lactază congenitală*). Lactoza din laptele matern este produsă de corpul mamei, ca element natural al laptelui. Nici o modificare a dietei acesteia nu va afecta cantitatea de lactoză din laptele mamei. Orice lapte animal (de vacă, capră, oaie, iapă, bivoliţă etc.) conţine lactoză şi toate tipurile de lactoză sînt identice. Doar laptele tratat cu lactază va conţine o cantitate de lactoză redusă.

Reacţiile la *proteinele* din lapte nu sînt cauzate de incapacitatea de a le digera. Acestea sînt provocate fie de reacţii ale sistemului imunitar (o reacţie alergică), fie de reacţii necunoscute de sensibilitate (o intoleranţă). Dacă proteinele din laptele de vacă sînt descompuse (hidrolizate) înainte ca bebeluşul să consume laptele, scad şansele ca acestea să producă o reacţie de sensibilitate. Proteinele din lapte de la diferite animale sînt întru cîtva diferite, iar copilul sensibil la laptele de vacă, de exemplu, poate să nu reacţioneze la proteine oarecum diferite cum ar fi cele din laptele de capră, dar nu există o garanţie a acestui lucru. (*Reţineţi că bebeluşilor sub vîrsta de un an nu trebuie să li se dea lapte de capră sau formulă de lapte de capră.*) Copiii alăptaţi pot reacţiona la alimentele mîncate de mamă din cauză că proteinele din alimentele digerate apar în cantităţi mici în laptele de sîn. Laptele de vacă este adesea responsabil, dar poate fi orice alt aliment pe care îl consumă mama. (Este de asemenea posibil, cu toate că extrem de rar, ca un bebeluş să fie alergic la proteinele din laptele produs de mama sa.)

Ce mai conţine laptele?

Şi alte elemente din alimente, în afară de proteine, pot trece în laptele mamei şi provoca simptome neplăcute bebeluşului. De exemplu, atunci cînd apar colici a doua zi după consumul de vin roşu, este posibil ca responsabilă să fie o mică moleculă (prea mică pentru a fi un alergen) produsă probabil de pieliţa strugurelui în timpul procesului de fermentare şi care are un efect iritant direct asupra stomacului.

Investigarea sensibilităţii la alimente a copiilor hrăniţi cu biberonul

Toate formulele de lapte standard conţin lapte de vacă, ca urmare, atunci cînd bebeluşii hrăniţi cu biberonul fac colici din cauza sensibilităţii la alimentaţie, aceştia reacţionează aproape sigur la proteinele din laptele de vacă. În prezent, investigarea acestui lucru este relativ simplă deoarece există diferite formule disponibile în care proteinele din laptele de vacă au fost descompuse – şi există formule cu aminoacizi pentru bebeluşii care reacţionează chiar şi la aceste formule. Toate produsele de acest fel sînt descrise la p. 324.

Discutaţi opţiunile cu medicul dumneavoastră. Pentru un copil foarte mic probabil cel mai bine este să începeţi cu o formulă hidrolizată parţial timp de două săptămîni şi apoi să încercaţi formula hidrolizată total, dacă starea bebeluşului nu se îmbunătăţeşte, iar atunci cînd este necesar apelaţi la formula cu aminoacizi. Pentru un copil mai mare sau unul care suferă de colici severe, se recomandă hrănirea cu formula hidrolizată total sau chiar cu formula cu aminoacizi. Cu cît bebeluşul este mai mic, cu atît disponibilitatea lui pentru acest gust nou va fi mai mare. Dacă e clar că gustul nu e tolerat de copil deloc, încercaţi să-l amestecaţi cu formula pe care aţi folosit-o anterior şi să creşteţi proporţia formulei noi cîte puţin zilnic. Puteţi lua în considerare folosirea formulei hidrolizate care conţine prebiotice (vezi pp. 324-325).

Formulele hidrolizate disponibile în prezent pe piaţă au de asemenea un conţinut mic de lactoză. Dacă bebeluşul dumneavoastră tolerează bine această formulă, nu veţi şti dacă este de la nivelul mic de lactoză sau de la proteinele hidrolizate. Deocamdată nu contează foarte

Scanned with OKEN Scanner

mult. Mai tîrziu însă, cînd doriţi să introduceţi solide în alimentaţie, trebuie să ştiţi dacă manifestă sau nu sensibilitate la laptele de vacă. Puteţi afla aceasta prin trecerea la o formulă normală cu conţinut scăzut de lactoză. *Trebuie să discutaţi mai întîi cu medicul dumneavoastră, deoarece există un risc ridicat să obţineţi o reacţie severă dacă bebeluşul este foarte sensibil la proteinele din laptele de vacă.* Este recomandat să încercaţi formula normală cu lapte de vacă într-un mediu clinic, pentru a putea interveni în cazul unei reacţii negative grave.

Investigarea sensibilităţii alimentare a copiilor alăptaţi

Dacă unele alimente din dieta dumneavoastră îi provoacă bebeluşului colici, simptomele vor apărea probabil la 1-24 ore de la consumarea elementului iritant. Poate dura şi mai mult, iar perioada variază de la un element la altul, dar corespunde oricărui tip de aliment. Începeţi prin a ţine o evidenţă zilnică a tuturor alimentelor şi băuturilor, precum şi a simptomelor colicilor. Revedeţi lista în mod regulat, pentru a căuta legăturile posibile. Bineînţeles, aceste legături vor fi evidente dacă este vorba despre alimente pe care nu le mîncaţi în fiecare zi.

Apoi gîndiţi-vă la ce mai mănîncă bebeluşul în afară de lapte, cum ar fi suc de fructe sau mîncare pentru bebeluşi, şi eliminaţi-le. Îi puteţi da copilului apă fiartă în loc de suc. Dacă administraţi copilului medicamente sau vitamine care conţin coloranţi sau alte ingrediente, cereţi-i medicului varianta fără aceste ingrediente. Cereţi-i farmacistului o cremă hipoalergenică pentru sfîrcuri.

Dacă nu există nici o îmbunătăţire după o săptămînă, încercaţi să renunţaţi la cafea, ceai şi la toate formele de alcool pentru a vedea ce efect are acest lucru. Toate conţin ingrediente care pot irita stomacul delicat al bebeluşului. S-ar putea să vă simţiţi rău fără cofeină în primele cîteva zile, dar situaţia se va îmbunătăţi.

Această etapă ar trebui să dureze aproximativ o săptămînă: păstraţi înregistrarea alimentelor şi a simptomelor. Starea copilului ar trebui să se îmbunătăţească, însă, dacă nu se întîmplă aşa, eliminaţi anumite alimente din dietă.

Începeţi cu laptele şi toate produsele lactate, nu înainte de a discuta cu medicul despre intenţia dumneavoastră. Nutriţia dumneavoastră ar putea fi pusă în pericol, în special absorbţia calciului necesar, dar aceasta nu reprezintă un risc dacă este pe o perioadă de o săptămînă. Dacă durează mai mult, luaţi în considerare un supliment de calciu. E posibil să fiţi îndrumată către un nutriţionist pentru a vă asigura că aportul de proteine şi alţi nutrienţi din alimente este adecvat. Există un risc serios de subnutriţie, atît pentru dumneavoastră, cît şi pentru copil dacă evitaţi laptele şi nu compensaţi această lipsă prin alimentaţie sau suplimente.

Trebuie să evitaţi laptele de capră şi alte tipuri de lapte animal în această fază, şi nu doar laptele de vacă. Este permis laptele din orez. În afară de alimentele evidente, cum ar fi brînza, untul şi smîntîna, amintiţi-vă că laptele şi/sau untul sînt folosite în prepararea prăjiturilor, biscuiţilor, produselor de patiserie, cremelor şi a altor produse savuroase. Verificaţi de asemenea sursele ascunse de lapte din toate alimentele ambalate citind etichetele (vezi anexa 1).

După două săptămîni puteţi să vă daţi seama dacă dieta funcţionează. Dacă bebeluşul dumneavoastră încă suferă din cauza colicilor, luaţi în considerare o dietă şi mai severă. Vorbiţi despre asta cu medicul sau nutriţionistul dumneavoastră. Alimentele ce trebuie evitate sînt: grîul, ouăle, nucile, peştele, ciocolata, citricele (portocale, lămîi etc.), carnea de vită şi pui. Continuaţi să evitaţi toate produsele lactate, cafeaua, ceaiul şi alcoolul şi, în plus, orice aliment de care v-a fost poftă în timpul sarcinii şi orice aveţi tendinţa să mîncaţi în cantităţi mari.

Scanned with OKEN Scanner

Acest tip de regim este în mod evident greu de ţinut dacă mîncaţi adesea în oraş. Dacă vă este foarte greu, puteţi să adoptaţi regimul în două etape, fiecare durînd aproximativ 10 zile:

1. evitaţi grîul, ouăle, ciocolata, citricele, carnea de vită şi pui (plus laptele, cafeaua, ceaiul, alcoolul etc.);
2. evitaţi grîul, ouăle, ciocolata, citricele, nucile şi peştele (plus laptele, cafeaua, ceaiul, alcoolul etc.).

Continuaţi să ţineţi evidenţa alimentaţiei dumneavoastră şi a ocurenţei colicilor toată perioada, deoarece vă va ajuta să înregistraţi orice reacţie la alimentele pe care le mîncaţi mai rar.

Recuperarea bebeluşului în timpul acestui regim sugerează clar că sensibilitatea la alimentaţie reprezintă cauza problemei, cu toate că ar putea fi perioada în care bebeluşul este spre finalul colicilor – nu puteţi şti sigur. Cu cît recuperarea este mai promptă şi mai evidentă, cu atît faptul că alimentele reprezintă sursa colicilor devine o certitudine.

Testarea individuală a alimentelor, pe rînd, poate dezvălui sursa problemei, fiind chiar recomandată, deoarece va trebui să vă variaţi dieta. Mîncaţi fiecare aliment o dată pe zi timp de o săptămînă pentru a-l testa, dar opriţi-vă imediat ce colicile reapar şi aşteptaţi ca simptomele să se liniştească înainte de a testa alt aliment.

La finalul săptămînii de testare, dacă colicile nu au revenit, puteţi considera că alimentul este inofensiv, dar ar trebui să îl eliminaţi din dietă din nou pentru o săptămînă, pentru a testa următorul aliment.

În timpul şi după etapa de testare, adoptaţi o dietă cît mai variată posibil şi evitaţi să mîncaţi orice fel de mîncare în cantităţi mari.

În cazul în care laptele de vacă se dovedeşte responsabil, puteţi testa laptele de capră sau de oaie ori brînza şi iaurtul făcute din acestea. Faceţi acest lucru cu grijă, prin cantităţi destul de mici la început. Dacă descoperiţi că bebeluşul dumneavoastră tolerează aceste alimente, dieta alimentară vi se extinde. Nu consumaţi cantităţi mari din aceste alimente şi faceţi pauză în unele zile pentru a minimaliza posibilitatea dezvoltării unei noi sensibilităţi.

Puteţi descoperi, în mod surprinzător, că, deşi dieta originală părea că a condus la dispariţia simptomelor colicilor, nici un aliment nu produce revenirea lor. Este posibil ca săptămînile de evitare să-i fi permis copilului să treacă peste sensibilitatea la respectivul aliment: la această vîrstă fragedă doar asta contează.

Dacă testarea nu identifică alimentul responsabil, evitaţi aceste alimente cel puţin o lună şi apoi testaţi-le din nou, pentru a vedea dacă bebeluşul răspunde la schimbare.

Înţărcarea bebeluşului trebuie să se producă treptat, introducînd noile alimente cîte unul în timp ce continuaţi să alăptaţi. Dacă bebeluşul are o eczemă atopică şi de asemenea prezintă simptome de colici sau are vreun simptom ce sugerează o alergie de tip IgE la alimente (vezi p. 317), trebuie să luaţi măsuri de precauţie la introducerea unor alimente noi, în special a celor care au declanşat colicile atunci cînd le includeaţi în alimentaţia dumneavoastră şi alăptaţi. Citiţi capitolele 6 şi 16 şi discutaţi cu medicul dumneavoastră înainte de a încerca asemenea alimente.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 16

Sensibilitatea bebeluşilor la laptele de vacă şi alte alimente

Acest capitol descrie reacţiile produse de laptele de vacă (sau alte alimente) în primele cîteva săptămîni sau luni de viaţă, excluzînd reacţiile cauzate de intoleranţa la lactoză, care au fost discutate în capitolul 9. Informaţii privind sensibilitatea la alimente a bebeluşilor pot fi găsite şi în capitolul 17.

Toate reacţiile descrise în acest capitol sînt produse de *proteinele* care se găsesc în lapte (sau alte alimente), pe cînd intoleranţa la lactoză reprezintă o reacţie la *zahărul* din lapte. Aceasta este o diferenţă importantă (vezi p. 305).

Asemenea adulţilor, bebeluşii şi copiii pot dezvolta o reacţie de sensibilitate la aproape orice aliment. Laptele de vacă este frecvent responsabil, în special în cazul bebeluşilor. Aceasta se întîmplă deoarece formula de lapte pentru bebeluşi este produsă din lapte de vacă şi cei mai mulţi copii sînt expuşi la acest aliment destul de repede după naştere. Chiar şi bebeluşii alăptaţi de mamă primesc adesea o hrană suplimentară (sau hrană complementară) cu formulă de lapte în maternităţi, uneori fără acordul mamei, imediat după naştere. (Însă această explicaţie nu este valabilă întotdeauna. Unii bebeluşi devin sensibili la laptele de vacă sau alte alimente chiar înainte de a se naşte. Aceasta se întîmplă din cauza moleculelor de alimente absorbite din stomacul mamei în sistemul vascular, care apoi trec prin placentă şi ajung în sistemul vascular al copilului.)

Utilitatea acestui capitol

E inutil să mai precizăm că, atunci cînd bebeluşul este bolnav, trebuie să consultaţi imediat un medic şi să urmaţi recomandările sale. Scopul acestui capitol este doar de a furniza informaţii mai detaliate decît are timp medicul dumneavoastră să vă ofere, de a explica înţelesul termenilor, al testelor şi diagnosticelor şi de a vă ajuta să decideţi, de exemplu, dacă trebuie să mergeţi din nou la medic, dacă ar trebui să solicitaţi o trimitere la un specialist sau nu. Acest capitol poate fi folositor atunci cînd testele nu sînt clare sau tratamentele nu funcţionează, dar numai ca bază pentru discuţia cu medicul dumneavoastră, şi *nu* ca recomandare independentă.

Nu supuneţi în nici un caz copilul la o dietă restrictivă fără aprobarea medicului, deoarece aceasta poate conduce la malnutriţie. Nu testaţi niciodată laptele de vacă (sau alt aliment-problemă) pe copilul dumneavoastră dacă aţi fost sfătuită să nu faceţi asta acasă. În unele cazuri, testarea unui aliment după o perioadă de evitare poate duce la reacţii care-i pun viaţa în pericol, chiar dacă reacţiile anterioare nu au fost grave. Dacă vreodată primiţi recomandări inconsecvente de la doi profesionişti diferiţi în privinţa testării alimentelor acasă, *urmaţi recomandarea cea mai prudentă dintre cele două.*

Semne şi simptome ale sensibilităţii bebeluşilor la laptele de vacă

Unele reacţii la alimente sînt treptate, în timp ce altele apar brusc. Reacţiile imediate sînt cele mai periculoase.

Unii bebeluşi cu sensibilitate la alimente prezintă un singur simptom, dar cel mai adesea au mai multe simptome. În orice caz, nici un bebeluş nu va prezenta toate simptomele enumerate în lista de mai jos.

Lucrurile sînt şi mai complicate cînd simptomele se modifică în timp. Sistemul imunitar al unui bebeluş se dezvoltă foarte rapid în primele luni de viaţă şi, drept urmare, semnele şi simptomele iniţiale pot lăsa cale liberă altora diferite. Atunci cînd se evită laptele de vacă o perioadă şi apoi se testează din nou, reacţia poate fi asemănătoare cu cea iniţială sau total diferită. Din cînd în cînd se întîmplă, de exemplu, ca un bebeluş să sufere de diaree ca răspuns la lapte, iar apoi, cînd mai creşte, să reacţioneze la lapte prin constipaţie. Viteza de reacţie se poate de asemenea modifica (vezi p. 312).

Semnele şi simptomele bebeluşilor ca reacţie a sensibilităţii la alimente pot include:

- colici (vezi capitolul 15);
- reflux (reflux gastroesofagian sau GOR: regurgitarea excesivă a hranei);
- vomă, cîteodată cu sînge;
- diaree;
- constipaţie;
- dureri abdominale;
- stomac dilatat;
- scaune cu sînge;
- eczeme atopice (vezi capitolul 6);
- mîncărimi şi iritaţii în jurul anusului;
- scăderea poftei de mîncare, refuzarea hranei;
- poftă de mîncare excesivă (aceasta este rară, dar vezi istoricul cazului de la p. 333);
- subnutriţie ca rezultat al absorbţiei precare a nutrienţilor, avînd ca rezultat creşterea infimă şi „perturbarea stării de bine";
- anemie din cauza pierderii de sînge în scaune;
- iritabilitate, plîns, insomnie (vezi acest capitol, dar de asemenea şi capitolul 15 şi p. 333);
- nas înfundat sau care curge tot timpul;
- ochi roşii şi iritaţi;
- umflături/pungi (edem) în jurul ochilor, pe mîini şi picioare sau chiar întinse pe corp.

Mult mai rar poate apărea febra, dar numai ca parte a unei reacţii alergice severe ce implică vomă şi/sau diaree. Rar pot apărea probleme cu ficatul, care sînt evidenţiate de testele de sînge; se consideră că acest lucru este întotdeauna legat de alte simptome, cum ar fi diareea sau eczemele atopice, dar foarte rar e posibil să apară independent.

Următoarele simptome pot apărea ca parte a unei reacţii alergice de tip IgE la alimente. Aceste reacţii sînt cauzate de eliberarea imediată a histaminei şi a altor mediatori, atît local acolo unde există contactul cu alimentul respectiv, cît şi în sistemul vascular, provocînd o reacţie cunoscută sub numele de *anafilaxie* (vezi capitolul 4):

- regurgitare sau vomă (acest lucru poate avea, bineînţeles, şi alte cauze);
- urticarie (numită, de asemenea, iritaţie sau mîncărimi – arată ca iritaţia provocată de urzică) în jurul gurii, pe faţă sau orice parte a corpului;

Scanned with OKEN Scanner

- umflarea imediată a feţei şi limbii ;
- dificultăţi de respiraţie, înecare sau sufocare ;
- apariţia imediată a umflării generalizate (edem) ;
- letargie severă, ameţeală sau stare de somnolenţă ;
- un ton albăstrui al pielii.

Ultimele patru simptome sînt în mod special foarte grave. Pot apărea şi următoarele simptome, dar sînt importante doar dacă apar odată cu alte simptome care sugerează o reacţie anafilactică la alimente :

- curgerea salivei ;
- înroşire ;
- paloare ;
- iritabilitate şi plîns ;
- diaree.

Reacţii la alimente care necesită tratament de urgenţă

În cazul stării de vomă şi al diareei prelungite sau severe, din orice motiv, chemaţi o ambulanţă pentru a duce bebeluşul la spital. Pierderea de fluide poate avea ca rezultat deshidratarea, care necesită tratament de urgenţă.

Edemul generalizat sau iritaţia pe tot corpul sugerează anafilaxia, care pune în pericol viaţa bebeluşului, şi trebuie să solicitaţi tratament medical fără întîrziere. Combinată cu alte simptome care sugerează o reacţie imediată la alimente, apatia sau somnolenţa bruscă poate indica *şocul anafilactic*, cel mai sever tip de reacţie alergică.

Toate simptomele unei reacţii alergice la alimentaţie pot apărea şi sub alte forme la copii, iar acest lucru face ca diagnosticarea anafilaxiei şi a altor răspunsuri alergice severe să fie foarte dificilă. Doctorii de la Urgenţe au tendinţa să verifice întîi posibilitatea unei infecţii. Informaţi-i pe doctorii care vă tratează copilul despre orice sensibilitate la alimente a bebeluşului, orice boală alergică din familie sau un nou aliment consumat chiar înainte de apariţia simptomelor. Acest lucru îi poate ajuta în stabilirea diagnosticului. Dacă este anafilaxie, aceştia trebuie să identifice şi să trateze imediat problema.

Teste

Multe dintre simptomele observate pot avea şi alte cauze, iar doctorul dumneavoastră va examina copilul şi va efectua testele necesare pentru a elimina alte posibilităţi, cum ar fi blocajul intestinal. Testele enumerate mai jos sînt strict legate de alimentaţie şi de sensibilitatea la alimente (pentru mai multe detalii vezi capitolul 3) :

Teste de intradermoreacţie care ar trebui să arate dacă bebeluşul produce anticorpi IgE („anticorpi alergici") împotriva laptelui de vacă şi a altor alimente. Testele de sînge pentru IgE specific alimentaţiei sînt preferate deseori pentru copiii mici, deoarece se consideră că sînt mai exacte. Reţineţi că aceste teste doar detectează sensibilitatea IgE la alimente, iar multe reacţii ale bebeluşilor nu sînt determinate de IgE.

Testele de sînge sînt de diferite tipuri.

Scanned with OKEN Scanner

Testele cutanate patch caută reacţii ale celulelor T împotriva laptelui sau a altor alimente. Acesta este tipul de reacţie imună lentă care apare în cazul eczemelor atopice produse de alimentaţie.

Endoscopia implică investigarea tractului digestiv al copilului folosind o cameră video minusculă. Acolo unde există o reacţie imună puternică împotriva alimentelor se pot observa urme pe mucoasa intestinului, iar aceste urme vor fi vizibile prin intermediul endoscopului.

Biopsia implică prelevarea unei mici mostre din mucoasa intestinului pentru a fi studiată la microscop sau pentru teste în laborator.

Analizele de laborator ale celulelor imune din sînge urmăresc să evidenţieze cum reacţionează acestea atunci cînd sînt amestecate cu anumite proteine alimentare. Astfel de teste nu sînt incluse în diagnosticările de rutină în acest moment.

Coprocultura încearcă să evidenţieze prezenţa sîngelui (care poate exista, însă nu în mod vizibil), a elementelor eozinofile sau a lactozei.

Monitorizarea pH-ului esofagului identifică existenţa refluxului acidului.

Testele pot fi efectuate din mai multe motive: pentru a obţine informaţii suplimentare, pentru a se încerca identificarea alimentului responsabil, pentru a înţelege reacţia care provoacă simptomele. În orice caz, elementul esenţial al diagnosticului este testul cel mai simplu şi mai evident dintre toate: verificaţi dacă toate simptomele dispar atunci cînd evitaţi laptele de vacă (sau alt aliment suspect) şi dacă reapar la introducerea respectivului aliment.

A doua parte a acestei proceduri este numită *provocare alimentară*. În anumite condiţii, este vital ca provocarea alimentară să aibă loc sub supraveghere medicală strictă, deoarece există riscul producerii unei reacţii foarte grave atunci cînd încercaţi alimentul după o perioadă de evitare a acestuia. Condiţiile în care se aplică sînt menţionate pe parcursul acestui capitol. Orice copil ale cărui simptome includ eczema atopică – vezi capitolul 6 – trebuie tratat cu aceeaşi precauţie.

Reacţii imediate şi reacţii întîrziate

Intervalul de timp dintre consumarea alimentului dăunător şi simptome variază foarte mult. Unele reacţii care implică IgE („anticorpul alergiei") încep în cîteva minute. Apariţia unor simptome, determinate de diferite reacţii imunitare, poate avea loc după ore sau zile (iar la copiii puţin mai mari acestea pot apărea în aproximativ patru săptămîni).

Cercetătorii de la Universitatea din Palermo, Italia, care au efectuat cîteva studii excelente în acest domeniu, împart reacţiile în patru categorii:

- imediate – ce apar în maximum 45 de minute;
- intermediare – ce apar într-o perioadă cuprinsă între o oră şi 24 de ore;
- întîrziate – ce apar între 24 de ore şi trei zile;
- foarte întîrziate – care apar între trei zile şi patru săptămîni.

Aceştia au arătat că la copiii foarte mici nu se înregistrează există reacţii foarte întîrziate (cei sub doi ani şi jumătate care abia fuseseră diagnosticaţi cu sensibilitate la laptele de vacă). Cu cît cresc, copiii pot depăşi stadiul de sensibilitate la lapte, iar pentru cei care nu depăşesc acest stadiu perioada pînă la apariţia simptomelor creşte. Simptomele pot de asemenea să se modifice în timp (pentru exemplificare vezi pp. 335-336).

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticarea

Există cîteva tipuri diferite de diagnostic pe care bebeluşul dumneavoastră le poate primi. Înainte de a le enumera, este important să spunem că nu toate au aceeaşi pondere.

Cîteva sînt diagnostice de înaltă clasă. Acestea sînt clare şi specifice, arată un anumit tip de reacţie la lapte (sau alte alimente), includ înţelegerea mecanismelor specifice din spatele simptomelor şi evoluţia lor pe termen lung.

La cealaltă extremă se situează diagnosticele foarte vagi, precum alergia la proteinele din laptele de vacă/intoleranţa la proteinele din laptele de vacă, ce înseamnă doar „acest bebeluş reacţionează prost la laptele de vacă din motive necunoscute". Între aceste extreme se află categoriile de diagnostice care vizează un set distinct de simptome ce apar împreună şi a căror evoluţie este cunoscută într-o anumită măsură de medici, dar reacţia de bază nu este înţeleasă. Lista de mai jos începe cu cele mai vagi şi mai generale categorii de diagnostice şi se încheie cu cele mai specifice dintre ele.

Din punct de vedere practic, un diagnostic precis nu este aşa de important cum pare să fie, în special atunci cînd bebeluşul este foarte mic. Tratamentul va fi în mare parte acelaşi, oricare ar fi diagnosticul – evitarea proteinelor din laptele de vacă (sau alte alimente dăunătoare) în dieta copilului. Diagnosticul este important pentru a vă spune care sînt şansele ca bebeluşul să depăşească această sensibilitate pe măsură ce creşte.

Sursele frecvente de frustrare pentru pacienţi sînt reprezentate de primirea unui diagnostic diferit de la diferiţi doctori sau de primirea unui diagnostic diferit de-a lungul timpului de la acelaşi doctor. Acest lucru se întîmplă dacă bebeluşul dumneavoastră e sensibil la laptele de vacă, deoarece aceleaşi simptome – să spunem vomă sau diaree – pot fi determinate de forme distincte ale acestei sensibilităţi.

Modificările diagnosticului sînt considerate semne de incompetenţă medicală şi, din păcate, îi pot determina pe oameni să-şi piardă pe nedrept încrederea în medicii lor. Este important să înţelegeţi că diagnosticarea implică un efort complex, care solicită o abilitate de detectiv, şi nu există nici un test magic care oferă toate răspunsurile imediat. Diagnosticarea este dificilă în special în cazul bebeluşilor, deoarece reacţiile lor se modifică adesea în timp. Pe deasupra, aceştia nu pot spune exact care sînt simptomele resimţite. Doctorul îşi poate rafina diagnosticul ca urmare a unor informaţii suplimentare (un simptom nou, un rezultat nou sau un nou studiu publicat şi relevant pentru copilul dumneavoastră). Uneori, un nou diagnostic nu reprezintă de fapt o modificare a celui vechi, ci înseamnă doar că aţi progresat de la o categorie vagă şi generală la ceva mult mai exact pe baza mai multor dovezi adunate.

Iar dacă bebeluşul dumneavoastră prezintă un tip rar de reacţie la alimente, un diagnostic corect ar putea lua timp. Acest lucru se întîmplă deoarece medicii presupun mai întîi – de altfel, un lucru de bun-simţ – că ar putea fi o tulburare comună şi iau în considerare posibilităţile mai rare atunci cînd diagnosticul iniţial nu se potriveşte cu toate simptomele.

Alergia la proteinele din laptele de vacă/intoleranţa la proteinele din laptele de vacă

Alergia la proteinele din laptele de vacă/intoleranţa la proteinele din laptele de vacă reprezintă cel mai general diagnostic pe care îl puteţi primi. Nu vă spune nimic despre ceea ce provoacă problema, cu excepţia faptului că *nu* este intoleranţă la lactoză.

Scanned with OKEN Scanner

Uneori, diagnosticul poate fi doar intoleranţă la proteinele din laptele de vacă. Medicul foloseşte probabil termenul pentru că înseamnă cam acelaşi lucru ca şi alergia la proteinele din laptele de vacă/intoleranţa la proteinele din laptele de vacă. Unii experţi folosesc termenul *intoleranţă* în acelaşi mod în care noi folosim termenul *sensibilitate*: înseamnă orice reacţie neobişnuită şi adversă la alimente, indiferent cum se manifestă.

Alergia non-IgE la alimente

Aceasta ar trebui probabil să fie numită *alergie la alimente nemediată de IgE*. Tot ce ne spune este că reacţia nu e intoleranţă la lactoză şi că e o reacţie imunitară, însă nu una care să implice IgE. Acest diagnostic va fi pus dacă testele pentru sensibilitatea IgE (cum ar fi testele de intradermoreacţie şi testele de sînge) sînt negative.

Enterocolita cu pierdere de proteine

Este uneori abreviată FPIES sau descrisă ca enterocolită cu pierdere de proteine. Bebeluşii cu această problemă încep să vomite la o oră sau două după masă (uneori chiar mai repede) şi continuă să vomite violent. Poate fi însoţită de diaree. Este posibil să ducă la deshidratare, iar aceasta poate necesita tratament în spital.

Această reacţie poate fi provocată de proteinele din laptele de vacă care intră în compoziţia formulei de hrănire, proteinele de soia din formula de lapte cu soia sau proteinele din alimentele solide atunci cînd acestea sînt introduse în formulă (orice aliment poate provoca această problemă, şi s-au înregistrat cazuri în care erau implicate ouăle, nucile, grîul, carnea de pui sau curcan, peştele, mazărea, lintea, ovăzul şi orezul). Destul de des, bebeluşii sînt sensibili la mai mult de un aliment – reacţiile atît la laptele de vacă, cît şi la soia fiind destul de frecvente.

Alăptatul pare să protejeze împotriva FPIES, care apare mult mai rar la copiii hrăniţi cu lapte matern. Atunci cînd apare, bebeluşul alăptat reacţionează la urmele de proteine alimentare ce ajung în laptele mamei. E posibil să existe o sensibilitate extremă care necesită evitarea strictă a alimentului respectiv de către mamă dacă aceasta continuă alăptatul. (Uneori se prescrie un tratament temporar cu formula cu aminoacizi pentru a lăsa timp proteinelor respective să dispară din laptele matern şi abia apoi se continuă alăptatul – vezi pp. 327-328).

Un pattern mult mai frecvent întîlnit în cazul copiilor alăptaţi este ca aceştia să tolereze proteinele alimentare atît timp cît sînt alăptaţi, pentru ca apoi aceste proteine să provoace o reacţie violentă cînd sînt trecuţi pe mîncare solidă. Dacă se întîmplă astfel, cei mai mulţi medici vor spune că este necesar doar să întrerupeţi hrănirea copilului cu alimente solide – mama poate continua să mănînce normal în timp ce alăptează, atît timp cît nu există nici o reacţie evidentă care să indice faptul că ceva nu e în regulă. Într-adevăr, elementele din laptele matern consumat împreună cu cantităţi mici din proteina alimentară supărătoare pot ajuta copilul să dezvolte o toleranţă completă la alimentul respectiv. Totuşi, acest lucru nu a fost demonstrat ştiinţific, ca urmare nimeni nu poate fi sigur că este indicat. Medicul dumneavoastră poate avea un alt punct de vedere în această privinţă şi trebuie să urmaţi recomandările acestuia.

Dacă în ciuda reacţiei violente un bebeluş continuă să consume alimentul vătămător, vomitatul sever se va calma. Însă e posibil să prezinte diaree, vomă intermitentă, stomac balonat, creştere deficitară, sînge în scaun şi anemie din cauza acestei pierderi de sînge.

Atunci cînd alimentul este evitat o perioadă şi apoi reintrodus poate apărea o reacţie foarte violentă. Ingerarea accidentală a unei mici cantităţi poate produce un răspuns violent,

Scanned with OKEN Scanner

ce necesită tratament de urgenţă imediat, şi ar trebui să aveţi un plan deja stabilit cu medicul dumneavoastră pentru astfel de evenimente. Asiguraţi-vă că cine are grijă de copil cunoaşte toate riscurile respective şi ce trebuie să facă în caz de urgenţă. Nu păstraţi alimentele la îndemînă atunci cînd copilul începe să meargă de-a buşilea şi mai apoi să meargă.

Vestea bună este că majoritatea copiilor trec peste aceste probleme în timp, de obicei înainte de a împlini trei ani. Medicul dumneavoastră va face teste pentru alimentul periculos înainte de a-l încerca acasă – acest lucru este esenţial. Aceste teste trebuie efectuate în spital, avînd la dispoziţie tot echipamentul necesar pentru a acţiona rapid în caz de nevoie. Testele încep cu o cantitate foarte mică din respectivul aliment pentru a minimaliza daunele în cazul apariţiei unei reacţii negative.

Atunci cînd un bebeluş cu această problemă este sensibil la mai mult de un aliment este posibil să devină tolerant la un aliment, dar nu şi la celălalt.

Care sînt urmările FPIES? În mod clar implică sistemul imunitar, deoarece toate tipurile de celule imunitare se găsesc în mucoasa intestinului într-un număr mai mare decît normal. Acest lucru poate conduce la afectarea mucoasei delicate dacă expunerea la respectivul aliment continuă, de aceea există o absorbţie deficitară a nutrienţilor şi o creştere încetinită. Cu toate că nu este cunoscută cauza exactă a reacţiei, aceasta e provocată de IgE, anticorpul ce provoacă alergiile clasice. Testele de intradermoreacţie şi testele de sînge pentru IgE vor ieşi probabil negative. (În acele cazuri rare în care ies pozitiv vor arăta că există de asemenea şi o reacţie IgE – un element suplimentar nedorit. Din păcate, experienţa arată că sensibilitatea alimentară poate persista în asemenea cazuri.)

Unele cercetări recente arată că testele cutanate patch (vezi p. 57) pot fi utile pentru identificarea alimentului responsabil în cazul FPIES şi pot confirma diagnosticul, însă acest test nu se foloseşte la scară largă. Cercetătorii au descoperit de asemenea că unele celule din mucoasa intestinului produc cantităţi substanţiale de citokină (substanţă mesager) numită TNF-alfa atunci cînd este expusă la alimentul vătămător. Acelaşi test, efectuat cu celule recoltate din cordonul ombilical la naştere, poate prezice acest răspuns pentru copiii care au fost deja sensibilizaţi înainte de naştere. Acest test va fi efectuat doar în cazuri foarte speciale, pentru un copil la care o asemenea reacţie a fost prevăzută din cauză că un frate sau o soră mai mare a suferit de aceeaşi problemă.

Enteropatia cu pierdere de proteine

„Enteropatie" sugerează modificarea structurii stratului care căptuşeşte intestinul (mucoasa intestinală) din cauza unui proces al bolii. Aceasta poate avea forme foarte severe cînd mucoasa intestinului este atît de afectată încît nu poate absorbi nutrienţii în mod corespunzător (vezi p. 28).

Forma severă apare uneori la bebeluşii hrăniţi cu biberonul, iar reacţia imună este cel mai adesea cauzată de laptele de vacă, cu toate că poate fi provocată şi de alte alimente solide consumate. O mare varietate de alimente au fost identificate ca fiind vătămătoare. Diareea reprezintă simptomul principal, alături de stomacul balonat, pofta de mîncare scăzută şi creşterea lentă. „Insuccesul de a se dezvolta", cum îl numesc doctorii, e determinat de nutriţia deficitară ca rezultat al afectării mucoasei intestinale. Unii copii de asemenea vomită.

Leziunile mucoasei intestinului pot fi evidenţiate prin intermediul unei biopsii şi sînt similare celor provocate de colici. Copiii depăşesc de obicei reacţia de sensibilitate pînă la împlinirea vîrstei de doi ani şi apoi pot consuma lapte de vacă sau alte alimente care i-au deranjat.

Scanned with OKEN Scanner

Acest tip de reacţie implică sistemul imunitar, însă nu şi IgE. Poate începe ca urmare a diareei provocate de o infecţie sau de infecţii repetate care par să declanşeze reacţia sistemului imunitar împotriva proteinelor alimentare. Leziunile mucoasei intestinului apar ca urmare a hrănirii în continuare cu alimentul dăunător în ciuda simptomelor.

Această problemă este asociată cu condiţiile de viaţă proaste şi insalubre ce cauzează infecţii repetate, fiind rară în zonele unde se înregistrează o îmbunătăţire a igienei, precum şi posibilitatea diagnosticării rapide în cazul copiilor ce suferă de alergie la laptele de vacă.

În timp ce această formă severă de enteropatie cu pierdere de proteine este de domeniul trecutului în medicină, cel puţin în ţările dezvoltate, ca Marea Britanie, cîteva forme mai puţin severe sînt pe cale să devină recunoscute. Uşurinţa cu care pot fi efectuate acum endoscopia şi biopsia a permis să fie extinse investigaţiile asupra bebeluşilor cu reacţii negative la laptele de vacă, precum refluxul sau voma, avînd ca rezultat unele descoperiri surprinzătoare. În ciuda simptomelor oarecum uşoare, cercetătorii au demonstrat că aceşti copii suferă adesea modificări ale mucoasei duodenului (prima parte a intestinului subţire).

Aceste modificări nu sînt suficiente pentru a determina absorbţia deficitară a nutrienţilor, însă au ca rezultat permeabilitatea mărită (vezi p. 28), iar ca urmare molecule intacte de alimente pot trece mai uşor în fluxul de sînge. Acesta reprezintă un motiv de îngrijorare deoarece poate creşte riscul apariţiei unor sensibilităţi alimentare noi. Rezultatele sugerează că evitarea laptelui de vacă o perioadă, şi nu doar tratarea simptomelor, poate reprezenta o idee bună pentru orice copil cu sensibilitate la laptele de vacă, chiar dacă simptomele sînt relativ uşoare.

Proctocolita alergică

O altă denumire pentru această boală este *proctita cu pierdere de proteine* sau *proctita eozinofilică*. Bebeluşii cu această boală prezintă urme de sînge în scaun, pe care părinţii le observă atunci cînd schimbă scutecul. În rest, bebeluşii sînt sănătoşi, veseli şi cresc în ritm normal. Puţini dau semne că nu se simt bine, au dureri la defecare sau diaree uşoară. Problema apare de obicei între două şi opt săptămîni de la naştere, dar se poate ivi şi mai devreme sau mai tîrziu, uneori chiar şi la trei luni. Din motive necunoscute, apare mult mai frecvent la copiii alăptaţi decît la cei hrăniţi cu biberonul.

La examinarea internă, medicii vor observa că unii dintre aceşti copii au inflamaţii ale rectului, ultima parte a intestinului gros, deasupra anusului. Un număr neobişnuit de mare de celulele imunitare cunoscute sub numele de eozinofile pot fi adunate în acel loc. Aceste celule sînt cunoscute drept cauze ale unor inflamaţii severe, şi atunci cînd se acumulează în esofag sau stomac pot provoca numeroase probleme (vezi p. 321). În orice caz, în cazul proctocolitei alergice, deoarece sînt prezente numai în rect şi doar în stratul cel mai superficial al mucoasei acestuia, ele nu afectează starea generală a sănătăţii bebeluşului. Atunci cînd alimentele ajung acolo, digestia şi absorbţia nutrienţilor sînt deja complete. Şi cu toate că inflamaţia este îndeajuns de gravă pentru a face mucoasa rectului să sîngereze, aceasta nu creează probleme suplimentare.

Endoscopia şi biopsia nu sînt de obicei necesare pentru diagnosticare. Pot fi efectuate teste de intradermoreacţie, dar de obicei acestea sînt negative (în ciuda faptului că boala apare adesea în familiile atopice, iar eczema atopică poate fi de asemenea prezentă). Medicul dumneavoastră va verifica probabil dacă nu există o altă cauză a sîngerării, iar dacă nu există va sugera să încercaţi eliminarea laptelui de vacă din dieta copilului pentru a vedea dacă problema persistă.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru copiii hrăniţi cu biberonul este necesară folosirea unei formule hidrolizate extensiv sau a unei formule cu aminoacizi (vezi p. 324). Formula cu soia nu este o idee bună şi poate conduce la sensibilitate la soia. Simptomele ar trebui să dispară în decurs de două-patru zile sau chiar mai mult, după ce proteina vătămătoare a fost scoasă din dietă.

În cazul copiilor alăptaţi, mama ar trebui să încerce mai întîi să elimine toate produsele lactate din dieta ei. Trebuie să fie extrem de atentă în evitarea proteinelor din lapte, deoarece chiar şi cea mai mică cantitate poate afecta copilul. Într-un caz în care simptomele au continuat după ce toate produsele lactate au fost evitate, copilul s-a recuperat doar atunci cînd mama a încetat să mănînce semipreparate din carne – acestea erau feliate cu un instrument folosit şi pentru brînză, iar cantitatea infimă de brînză rămasă pe lama maşinii reprezenta sursa simptomelor continue. În alt caz, o bucăţică mică de unt consumată de mamă a fost de ajuns pentru reapariţia simptomelor.

Laptele nu este întotdeauna alimentul dăunător. Prin evitarea diferitelor alimente, cîte unul pe rînd, mamele ce alăptează au identificat ouăle, porumbul şi soia drept produse ce cauzau simptomele. Unii bebeluşi reacţionează la mai multe alimente.

Rar, identificarea alimentului responsabil se dovedeşte imposibilă, în acest caz fiind dificil de eliminat complet din dietă. În asemenea cazuri apare întrebarea dacă este bine să continuaţi alăptatul în ciuda simptomelor bebeluşului. Ar trebui poate să treceţi la hrănirea cu biberonul cu o formulă sigură de lapte? Studiile efectuate de profesorul Alan Lake în Maryland, SUA, sugerează că continuarea alăptării este prea puţin dăunătoare pentru copil, atît timp cît sîngerarea nu este foarte puternică. Cu toate că o parte dintre aceşti copii devin puţin anemici (în ciuda suplimentului de fier), nu se poate întîmpla nimic mai rău şi nici nu se dezvoltă simptome noi. La un an, toţi copiii vor mînca normal fără a avea vreo problemă. Cei mai mulţi doctori vor confirma că beneficiile alăptatului sînt foarte mari, astfel încît este bine să continuaţi alăptatul în timp ce încercaţi pe cît posibil să evitaţi alimentul dăunător.

Rezultatul pe termen lung pentru copiii care au această problemă este în general bun. Cei mai mulţi dintre aceştia, monitorizaţi peste vîrsta de un an, nu au avut alte probleme de alimentaţie. În orice caz, puţini copii cu proctocolită alergică, după ce aparent s-au recuperat, au dezvoltat apoi noi simptome şi noi sensibilităţi alimentare în timp. E posibil ca simptomele să fie întîrziate şi pot părea chiar minore (de exemplu, o iritaţie cu mîncărimi în jurul anusului), dar pot indica o problemă ce stă la baza bolii. Consultaţi medicul dacă sînteţi îngrijorată.

Colita alergică

Aceasta este cunoscută şi sub denumirea de *colită alergică la lapte*. Se observă sîngerări din anusul bebeluşului şi se pierde mai mult sînge decît în situaţia descrisă anterior. Acest lucru se întîmplă din cauză că inflamaţia afectează o parte mai mare din colon (intestinul gros), şi nu doar rectul. Cauza este de obicei o reacţie imunitară la laptele de vacă ori la cel din formula de lapte sau din laptele matern. Eozinofilele sînt adesea implicate în această inflamaţie.

Sucul de fructe şi diareea

Dacă bebeluşii sau copiii care încep să meargă beau mult suc de mere sau de pere, pot manifesta diaree din cauză că zaharurile sînt dificil de absorbit: sorbitolul şi excesul de fructoză (vezi p. 305).

Scanned with OKEN Scanner

Alergia IgE la laptele de vacă sau la alte alimente

Termenul corect pentru această afecţiune este *alergia mediată de IgE*, dar în carte am recurs la numele mai scurt de „alergie IgE". Medicul dumneavoastră o poate numi doar *alergie alimentară* (sau *alergie clasică alimentară* sau *alergie reală*) şi poate considera că este de la sine înţeles faptul că e vorba despre o reacţie a IgE. Din păcate, nu există o terminologie standard, de aceea va trebui să înţelegeţi exact ce spune doctorul.

În general, veţi primi acest diagnostic doar dacă există o reacţie de neconfundat la formula cu lapte de vacă (sau o proteină alimentară aflată în laptele mamei sau în hrana solidă), pe lîngă dovezile unei sensibilităţi IgE la alimentul respectiv reieşite dintr-un test de sînge sau un test pentru intradermoreacţie (vezi capitolul 3).

Un răspuns IgE la alimentaţie implică eliberarea de histamine şi alte substanţe mesager din celulele mast (vezi capitolul 4). Simptomele variază de la un copil la altul. Mulţi suferă de diaree, vomită sau prezintă ambele simptome. Acest lucru poate să nu se întîmple după fiecare masă a bebeluşului. Uneori voma este intermitentă, posibil din cauza faptului că celulele mast din stomac epuizează histaminele după o reacţie puternică şi au nevoie de timp pentru a-şi reveni.

Alţi copii prezintă tipul de reacţie imediată cunoscut ca anafilaxie, în cadrul căreia histaminele sînt eliberate în circulaţia sangvină în cantităţi mari, ducînd la reacţii în diverse părţi ale corpului, care pot fi relativ slabe sau severe şi chiar riscante pentru viaţa copilului (vezi pp. 310-311).

Şocul anafilactic, cea mai periculoasă reacţie dintre toate, este mult mai puţin întîlnit la bebeluşi decît la copiii mai mari şi adulţii ce prezintă alergie alimentară, dar poate apărea uneori. E posibil să nu fie diagnosticat corect de medicii de la Urgenţe din cauză că uneori este dificil să fie diferenţiat de o infecţie acută.

Unii bebeluşi cu alergie IgE la alimente suferă de eczemă atopică, de obicei în combinaţie cu alte simptome. Eczema nu este determinată de o reacţie clasică a IgE şi a celulelor mast, cu toate că poate exista o sensibilitate IgE la alimentul respectiv şi acest lucru poate înrăutăţi eczema (vezi p. 106).

Dacă bebeluşul continuă să fie alimentat cu lapte de vacă în ciuda reacţiei iniţiale ce include voma şi diareea, simptomele iniţiale se pot ameliora, deoarece celulele mast din intestin devin parţial desensibilizate. Problema totuşi persistă şi aceşti bebeluşi pot avea crize de dureri abdominale, îşi pierd pofta de mîncare şi nu iau în greutate aşa cum ar trebui. Studiile au arătat că are loc o absorbţie redusă a nutrienţilor din alimente.

Majoritatea copiilor cu alergie IgE la alimentaţie vor depăşi problemele în timp : jumătate se vor recupera pînă la vîrsta de un an, două treimi pînă la vîrsta de doi ani şi trei sferturi pînă la vîrsta de trei ani. Totuşi, unii nu depăşesc problema şi vor continua să fie alergici la lapte pe toată durata copilăriei şi spre vîrsta adultă. Chiar şi la cei care se recuperează există un risc al dezvoltării unor reacţii IgE la alte alimente, cum ar fi ouăle, soia sau alunele. Va exista, de asemenea, posibilitatea mai mare să dezvolte alergii la alergenii inhalaţi cum ar fi particulele de praf şi polen.

Puteţi influenţa în vreun fel evoluţia copilului dumneavoastră? Cercetătorii din Italia, Germania şi Franţa au testat programe de desensibilizare orală pentru copiii alergici la lapte sau ouă, cu un anumit procent de succes. 85% din copii – un procent impresionant – au fost desensibilizaţi total sau parţial în cadrul unui experiment italian, cu toate că procentajul de reuşită a fost în mod normal mai mic decît acesta în alte studii. Cercetătorii au relevat în general că copiii care treceau prin tratamentul de desensibilizare, chiar dacă nu puteau să mănînce orice după aceea, prezentau un risc scăzut de dezvoltare a unor reacţii severe.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul implică ingerarea unor cantităţi infime din lapte de vacă ca punct de pornire şi mărirea acestei cantităţi în timp. Întregul program poate dura aproximativ şase luni. În teorie, un asemenea tratament poate fi efectuat fără nici un echipament special, dar este periculos să faceţi acest lucru fără supraveghere medicală, mai ales pentru un copil care este vulnerabil la anafilaxie – şi *orice* copil care are alergie IgE ar putea răspunde prin anafilaxie într-un anumit stadiu, chiar dacă acest lucru nu s-a întîmplat anterior. Dacă vă puteţi convinge alergologul să monitorizeze acest program în cadrul spitalului unde este disponibil echipament medical de resuscitare, tratamentul ar fi făcut în siguranţă – dar şansele ca acest lucru să se întîmple într-o clinică supraaglomerată şi finanţată deficitar sînt destul de mici.

Refluxul gastroesofagian provocat de alergia alimentară

Adesea abreviat GOR. Poate fi prescurtat de asemenea şi GER sau GERD. Un alt termen ar fi *reflux de acid*.

Conţinutul stomacului este acid, iar dacă aceşti acizi urcă în mod regulat în esofag, vor irita mucoasa esofagului, care este mai delicată decît cea a stomacului, nefiind construită să suporte prea mult acid. Există un sfincter (un inel strîns de muşchi) între esofag şi stomac care se deschide doar pentru a lăsa mîncarea să intre în stomac. Acest sfincter ar trebui să păstreze conţinutul stomacului în locaţia corespunzătoare, dar din cînd în cînd sfincterul se relaxează şi se deschide un pic, iar ca urmare o parte din acid trece dincolo. Este perfect normal ca acest lucru să se întîmple din cînd în cînd, atît la copii, cît şi la adulţi. (Din cauză că esofagul este atît de scurt la copii, acidul are tendinţa să fie regurgitat în gură, nu să se oprească în esofag şi apoi să se întoarcă în stomac, ca în cazul adulţilor.) Doar dacă acest lucru se întîmplă extrem de des esofagul poate fi afectat.

Mulţi părinţi vor avea o crustă pe umărul stîng sau pe hainele pe care le poartă ca rezultat al regurgitării copilului – eliminarea unei cantităţi mici de lapte – chiar după hrănire. Acest lucru se întîmplă la mai mult de jumătate dintre copiii sănătoşi şi nu este absolut nimic de care să vă îngrijoraţi. În general va dispărea pînă la vîrsta de un an. Doar dacă un bebeluş scuipă lapte mai mult de cinci ori pe zi *şi* refuză în mod frecvent să mănînce este posibil să fie vorba despre GOR/reflux de acid. Ar putea exista de asemenea vomă regulată (un reflux mai energic al conţinutului stomacului decît regurgitarea, cu toate că nu este întotdeauna uşor să le diferenţiaţi.)

Diagnosticarea GOR implică introducerea unei sonde care să măsoare pH-ul (aciditatea) din esofag la intervale regulate într-o perioadă de 24 de ore pentru a vedea dacă aceasta este peste limita normală. Este un test performant şi nu se efectuează ca test de rutină.

În ultimii ani, acest tip de testare a fost efectuat de doctorii de la Royal Children's Hospital din Victoria, Australia, care studiau bebeluşii din anumite clinici şi spitale cu diagnosticul de „presupus GOR". Unii efectuaseră deja tratamente standard cu medicamente destinate reducerii acidităţii conţinutului stomacului. S-a dovedit că doar un număr destul de mic dintre aceşti copii (15-25%) aveau de fapt GOR. Unii luaseră medicamente pentru a trata un presupus reflux de acid o perioadă îndelungată, cînd de fapt acesta nu reprezenta deloc o problemă.

Copiii care au reflux de acid prezintă de obicei o inflamaţie severă a mucoasei esofagului (*esofagită*). (Poate fi diagnosticată prin endoscopie sau biopsie.) Dar mulţi dintre copiii diagnosticaţi cu „presupus GOR" se dovedesc a avea esofagită *fără* GOR. Unii dintre aceştia nu au nici esofagită.

Scanned with OKEN Scanner

Aceleaşi studii au demonstrat că sensibilitatea la laptele de vacă poate fi destul de comună în rîndul tuturor copiilor – aceia care chiar au reflux de acid, care au esofagită fără reflux de acid şi cîţiva care au fost diagnosticaţi cu „presupus GOR" (deoarece prezentau simptome cum ar fi vomă, regurgitarea frecventă şi agitaţie), dar nu au reflux de acid sau esofagită. Acest ultim grup prezenta cel mai adesea o inflamaţie mai extinsă de-a lungul tractului digestiv – în stomac sau în prima parte a intestinului subţire.

Trecerea tuturor acestor copii pe formula de lapte cu aminoacizi a îndepărtat simptomele în cîteva săptămîni. Observaţi, totuşi, că toţi aveau probleme persistente sau grave, şi mulţi dintre ei fuseseră trecuţi pe tratament standard pentru refluxul de acid, dar nu răspunseseră corespunzător la acest tratament. Cu alte cuvinte, aceştia nu reprezentau în totalitate un grup reprezentativ. Ca urmare, nu puteţi presupune că starea oricărui copil care suferă de acest tip de simptome se va ameliora dacă se evită laptele de vacă.

Alţi cercetători de la Royal Free Hospital din Londra au descoperit că unii copii cu sensibilitate la lapte şi esofagită prezintă de asemenea o creştere a numărului de eozinofile (un tip de celule imunitare) în mucoasa esofagului. Cu alte cuvinte, aceştia prezintă o formă minoră de esofagită eozinofilică (vezi secţiunea următoare). Cercetătorii sugerează că trecerea acidului în esofag poate fi o *consecinţă*, şi nu că acidul reprezintă cauza inflamaţiei. Eozinofilele, atunci cînd se acumulează în număr mare, sînt cunoscute pentru interferenţa cu mişcările musculare normale ale tractului digestiv. Eozinofilele ar putea să împiedice sfincterul (muşchiul care ar trebui să păstreze conţinutul stomacului la locul său) să-şi îndeplinească funcţia corespunzător.

Ce înseamnă toate acestea, pe înţelesul nostru? Mai întîi, ar trebui să subliniem că *există* o tulburare numită reflux de acid ce nu este cauzată de sensibilitatea alimentară. Pentru acest reflux pot fi utile tratamentele cu medicamente care reduc aciditatea conţinutului stomacului sau ajută mişcările normale ale musculaturii în cadrul tactului digestiv. Asemenea tratamente merită încercate.

Dar dacă bebeluşul dumneavoastră a urmat un tratament cu medicamente şi nu observaţi o îmbunătăţire substanţială, puteţi cere o trimitere la un pediatru pentru alte investigaţii. Întrebaţi dacă puteţi încerca trecerea pentru o perioadă a copilului pe formula de lapte hidrolizată extensiv sau formula cu aminoacizi, doar pentru a vedea dacă sensibilitatea la laptele de vacă poate reprezenta esenţa problemei. (Veţi obţine un răspuns mai sigur la formula cu aminoacizi, din cauză că unii copii cu această tulburare reacţionează mai lent la formula hidrolizată. De ce se întîmplă acest lucru se explică la p. 324.)

Dacă alăptaţi, vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre o dietă restrictivă din care trebuie să eliminaţi pentru o perioadă toate produsele lactate. Reţineţi că va trebui să evitaţi complet proteinele din lapte, incluzînd şi cantităţile foarte mici de unt şi alimentele deja ambalate (vezi anexa 1 pentru sinonimele de pe etichete şi anexa 2 pentru alimentele care conţin lapte).

Indiferent dacă este vorba despre bebeluşi alăptaţi sau hrăniţi cu biberonul, vă puteţi aştepta la un răspuns la modificarea de dietă în cadrul unei perioade de două-şase săptămîni. Reacţiile la alte alimente decît laptele de vacă nu par să fie implicate în acest tip de tulburare.

Reţineţi că ideea de sensibilitate la alimente ce poate juca un rol în cadrul GOR este relativ nouă şi încă destul de controversată. Medicul dumneavoastră poate fi receptiv sau nu la aceste idei. Totuşi, un grup de cercetători de la Universitatea din Palermo a aflat că 40% din copiii cu GOR sînt de fapt sensibili la laptele de vacă. O altă echipă de la Spitalul Universitar din Odense, Danemarca, a relevat că printre copiii cu GOR sever există 60% cu sensibilitate alimentară. Testele de intradermoreacţie şi testele de sînge pentru IgE specific alimentelor au rezultate invariabil negative, deci nu pot ajuta la diagnosticare.

Scanned with OKEN Scanner

Esofagita eozinofilică, gastrita şi gastroenterita

Acestea pot fi forme foarte severe de alergie alimentară, ocurente cel mai des la bebeluşi, cu toate că pot apărea şi la copii mai mari şi adulţi (vezi pp. 161-162). Uneori apar forme mult mai uşoare, care pot fi diagnosticate cu dificultate.

Toate aceste boli sînt provocate de un tip de celulă imunitară cunoscută sub numele de eozinofilă, care în mod normal e benefică în cadrul sistemului imunitar. Dacă eozinofilele se acumulează în număr mare într-o anumită parte a sistemului digestiv, pot cauza inflamaţii severe în acel loc. Dacă acest lucru se întîmplă la nivelul esofagului (canalul care duce de la gît la stomac), boala este cunoscută ca *esofagită eozinofilică*. Dacă este localizată la nivelul stomacului, boala se numeşte *gastrită eozinofilică*, iar dacă este localizată la nivelul stomacului şi intestinelor, se numeşte *gastroenterită eozinofilică*.

Efectul eozinofilelor variază în funcţie de stratul din mucoasa intestinului pe care acestea l-au invadat. Dacă se află în căptuşeala intestinului (mucoasa), acestea vor cauza inflamaţii severe care pot avea ca rezultat sîngerări în interiorul tractului digestiv. Dacă, de exemplu, se află în mucoasa rectului, scaunele vor conţine sînge (vezi p. 316). Dacă eozinofilele se adună în stratul muscular din jurul tractului digestiv, pot facilita îngroşarea şi pierderea elasticităţii, care vor interfera cu mişcările musculare normale ce împing alimentele în tractul digestiv. În esofag, acest lucru poate duce la dificultăţi de înghiţire, în timp ce în colon (intestinul gros) poate duce la constipaţie severă. Simptomele tipice apărute la bebeluşi sînt:

- *esofagită eozinofilică*: dificultate la înghiţire, iritabiliate şi plîns, reflux (regurgitare constantă a hranei), vomă ocazională, dureri de colici, refuzarea hranei şi apetit scăzut;
- *gastrită şi gastroenterită eozinofilică*: vomă după hrănire, uneori cu prezenţa sîngelui, dureri de colici, refuzarea hranei şi apetit scăzut, luare slabă în greutate şi creştere deficitară. În unele cazuri – rare – are loc un proces de vomitare proiectil (vomă ce iese cu viteză mare din corp).

Uneori, enteropatia provocată de eozinofile are ca rezultat ceea ce este cunoscut sub numele de „edem generalizat", bebeluşul fiind umflat. Acesta reprezintă un efect indirect al leziunilor mucoasei intestinului (vezi p. 28) şi poate reprezenta un semn grav, care necesită tratament medical de urgenţă.

În cazul unor bebeluşi şi copii mici ce suferă de boli provocate de eozinofile, edemul generalizat reprezintă *singurul* semn clar că se întîmplă ceva foarte grav, deoarece, cu toate că suferă de vomă şi diaree, acestea apar doar din cînd în cînd. Chiar dacă nu se simt bine, bebeluşii sînt prea mici ca să ne poată transmite asta.

Ce anume determină acumularea eozinofilelor într-un număr atît de mare? În prezent, nimeni nu ştie cu adevărat. Aproximativ jumătate dintre pacienţii ce suferă de boli provocate de eozinofile provin din familii atopice (adică familii înclinate să sufere de alergii IgE). Reacţia imunitară la alimente ce atrage eozinofilele poate să implice uneori IgE, deoarece puţini dintre cei cu tulburări de eozinofile sînt testaţi pozitiv la IgE privind alimentul dăunător. Cei mai mulţi nu au rezultate pozitive la test, ca urmare IgE nu este esenţial în cadrul reacţiei.

Ce se întîmplă de fapt rămîne încă un mister. Totuşi, cercetătorii cunosc citokina (substanţă mesager), care atrage eozinofilele şi le stimulează activitatea: este numită interleukină 5 sau, pe scurt, IL-5. Această informaţie a permis dezvoltarea de anti-IL-5, un medicament care se opune acţiunii IL-5. În testele preliminare s-a dovedit că medicamentul reduce simptomele bolilor cauzate de eozinofile.

Scanned with OKEN Scanner

Totuşi, în acest moment, evitarea alimentelor dăunătoare este singurul tratament viabil. Uneori, toate proteinele din alimente trebuie evitate o perioadă, mesele trebuie să constea dintr-o formulă de lapte cu aminoacizi, acestea fiind singurele căi de a soluţiona problema. Răspunsul la tratament poate fi destul de lent, între 3 şi 6 săptămîni.

Sindromul Heiner

Sindromul Heiner este o reacţie rară la alimente. O altă denumire pentru această boală este *hemosideroză pulmonară indusă de alimentaţie*. Aceasta produce frecvente crize de pneumonie, pierderi de sînge în scaun (care au ca rezultat anemia) şi o stare generală de rău cu deficit de luare în greutate şi creştere. Laptele de vacă reprezintă cea mai comună cauză, dar pot fi răspunzătoare şi alte alimente. Este implicată cu siguranţă o reacţie imunitară, dar care anume rămîne necunoscut încă. Evitarea alimentelor dăunătoare reprezintă singurul tratament.

Colicile

Dacă sînt introduse în dietă alimente ce conţin grîu, secară şi orz cînd copilul începe să mănînce hrană solidă (acest lucru nu este recomandat – vezi p. 347), vor apărea semnele colicilor în această perioadă. Totuşi, mulţi dintre cei care sînt sensibili genetic la aşa ceva pot prezenta această problemă mai tîrziu. Colicile sînt prezentate în capitolul 7.

Eczema atopică ca răspuns la alimentaţie

Unii copii cu eczemă atopică au o sensibilitate alimentară care de obicei produce şi alte simptome, dar nu întotdeauna. Reacţia la hrană în cazul eczemei atopice este discutată în capitolul 6.

Acest răspuns la alimentaţie ce are ca rezultat simptome manifestate prin eczemă nu reprezintă în mod primar o reacţie a IgE. Dar copiii cu eczeme prezintă adesea sensibilitate IgE la alimente şi de cele mai multe ori iritaţii (urticarie) atunci cînd ating sau mănîncă anumite alimente (nu neapărat alimentul care iniţiază eczema). Aceşti copii pot fi diagnosticaţi cu „alergie IgE la alimente".

Constipaţia ca urmare a sensibilităţii la alimente

Constipaţia este definită în general ca mişcarea intestinelor care se produce mai rar de o dată la două zile. Nu există un nume medical pentru constipaţie ca rezultat al sensibilităţii alimentare, din cauză că această condiţie a fost recunoscută în literatura medicală de specialitate destul de recent şi încă nu este acceptată pe scară largă din punct de vedere medical.

Părerea larg răspîndită între medici este că, atunci cînd corpul reacţionează împotriva hranei, acesta va încerca să evacueze hrana prin vomă sau diaree: cei mai mulţi dintre bebeluşii cu sensibilitate la alimentaţie chiar reacţionează în acest mod. Constipaţia cauzată de sensibilitatea la hrană pare un simptom ilogic, dar este posibilă şi poate fi foarte gravă. Aceasta nu răspunde la tratamentul cu laxative.

Scanned with OKEN Scanner

Reţineţi că nu este o reacţie rapidă. Există o întîrziere considerabilă între ingerarea alimentului dăunător şi instalarea constipaţiei. Ar putea dura o săptămînă şi uneori chiar mai mult de patru săptămîni de la reintroducerea alimentului respectiv pînă la observarea răspunsului la acesta.

Cu toate că acest simptom poate apărea la nou-născuţi sau în primele luni de viaţă, este posibil să se manifeste şi la copiii puţin mai mari. Adesea, acesta se poate dezvolta de-a lungul timpului la un copil care iniţial are reacţii diferite la laptele de vacă (sau alte alimente dăunătoare). Unii bebeluşi au iniţial diaree ca simptom al alergiei alimentare, dar cînd ajung la vîrsta de 2-3 ani răspund la acelaşi aliment prin constipaţie. Viteza de reacţie la respectivul aliment este posibil să se schimbe de la foarte promptă (în cadrul a 24 de ore) la întîrziată şi foarte întîrziată.

Atunci cînd constipaţia indusă de alimentaţie apare la nou-născuţi şi reprezintă singurul simptom al sensibilităţii, este adesea diagnosticată greşit ca fiind boala Hirschprung, o problemă congenitală gravă cauzată de faptul că nu există nervi în partea de jos a colonului (ultima bucată a intestinului gros – vezi figura de la p. 26).

Diagnosticul şi tratamentul prin schimbarea dietei

Tratamentul pentru toate aceste boli este evitarea laptelui de vacă sau a oricărui alt aliment care provoacă afecţiunea. E posibil ca în viitorul apropiat să existe un tratament cu medicamente pentru tulburările legate de eozinofile şi tratamente de imunoterapie pentru alergia IgE, dar acestea nu sînt încă disponibile în multe ţări. Acolo unde există un risc de şoc anafilactic, medicul dumneavoastră vă poate da un injector cu adrenalină pentru a-l folosi în caz de urgenţă, dacă bebeluşul este expus la alimentul-problemă (vezi pp. 328-329).

Diagnosticul şi tratamentul merg adesea mînă în mînă: modificările din cadrul dietei pe care le folosiţi pentru a identifica alimentul-problemă sînt de asemenea folosite şi pe termen lung ca bază a tratamentului. Adesea, în cazul bebeluşilor, alimentul-problemă este laptele de vacă, dar nu întotdeauna. În cazul unor copii, deşi rar în cazul bebeluşilor, există mai multe alimente ce cauzează sensibilitate: pentru a ajunge la o îmbunătăţire semnificativă este necesar să identificaţi toate alimentele-problemă.

Nu cred că e necesar să mai spunem că trebuie să discutaţi atît diagnosticul, cît şi tratamentul cu medicul dumneavoastră şi să-i urmaţi recomandările. Scopul acestei secţiuni este doar de a vă oferi informaţii suplimentare.

Copiii hrăniţi cu biberonul

Toate formulele standard de hrănire conţin lapte de vacă, ca urmare, atunci cînd bebeluşii au sensibilitate la hrană, mai mult ca sigur reacţionează la proteinele din laptele de vacă. (Foarte rar poate exista sensibilitate la un alt ingredient din formulă, cum ar fi un amidon sau un alt aliment, precum sucul de fructe.) Investigarea şi tratarea acestei probleme sînt destul de simple în prezent, deoarece pe piaţă există diferite formule în care proteinele din laptele de vacă au fost *hidrolizate*. Aceasta înseamnă că proteina a fost împărţită în fragmente mult mai mici folosindu-se enzime digestive. Cu puţin noroc, aceste fragmente de proteină din laptele de vacă nu vor provoca reacţia pe care o provoacă proteina intactă, dar nu există nici o certitudine. Totul depinde de sistemul imunitar al copilului, care trebuie să recunoască o parte a moleculei proteinei – regiune sau *epitop* caracteristic. Sistemele imunitare diferite recunosc epitopi diferiţi.

Scanned with OKEN Scanner

Procesul de hidroliză secţionează moleculele proteinei în diferite părţi şi cei mai mulţi epitopi sînt distruşi în cadrul procesului, însă unii nu. Imaginaţi-vă o pungă de floricele de porumb ce nu are un singur cod de bare pe ea, ci 20 de coduri de bare diferite împrăştiate pe pungă. Acestea sînt epitopii. Diferite case de marcat (sistemul imunitar) recunosc diferite coduri de bare. Cineva legat la ochi taie punga în bucăţi mici cu foarfecele (enzimele) şi apoi fiecare bucată separată trece pe la fiecare casă de marcat pentru verificarea codului. Multe case nu vor mai recunoaşte pachetul, deoarece codul lor de bare a fost tăiat în jumătate. Totuşi, una din case recunoaşte pachetul, deoarece codul de bare al acesteia se întîmplă să rămînă întreg pe una din bucăţi.

Cu cît este mai lung timpul în care cineva taie punga de floricele, cu atît mai mici sînt bucăţile şi este cu atît mai puţin probabil ca vreun cod să rămînă netăiat. În acelaşi mod, cu cît proteinele din laptele de vacă au fost hidrolizate mai mult, cu atît mai puţin probabilă e apariţia unei reacţii – dar în acelaşi timp savoarea laptelui este afectată din ce în ce mai tare. *Formula hidrolizată parţial* are gustul mai apropiat de formula normală, dar încă poate provoca reacţii la unii copii sensibili la lapte. *Formula hidrolizată total* nu are un gust atît de bun, dar e puţin probabil să creeze probleme. Totuşi, există o şansă ca şi în formula hidrolizată total să rămînă un fragment de proteină care să fie exact partea din proteină (epitopul) la care este sensibil copilul dumneavoastră. Dacă se întîmplă acest lucru, simptomele vor continua.

Din cauză că procesul de hidroliză nu poate fi controlat cu exactitate, este de asemenea posibil să existe diferenţe minore între un lot de formulă hidrolizată şi altul. Ca urmare, se poate întîmpla – teoretic – ca un copil care se simte bine cu o anumită formulă hidrolizată să reacţioneze ulterior la un alt lot din acelaşi tip de formulă.

Un al treilea tip de formulă evită aceste dificultăţi prin faptul că nu conţine lapte de vacă deloc. În loc de lapte de vacă există blocuri de bază ce construiesc proteinele: molecule mici numite aminoacizi. Acest tip de produs, cunoscut ca *formula cu aminoacizi* (sau *formula elementară*), nu poate provoca nici o reacţie de sensibilitate, dar partea negativă este gustul. Noile mărci sînt mai puţin neplăcute decît cele originale, dar încă departe de a fi delicioase. Unii copii se adaptează greu la gustul respectiv, dar unii – evident, viitorii gurmanzi – nu se adaptează deloc. Problema refuzului total apare atunci cînd copiii sînt puţini mai mari şi trebuie hrăniţi prin intermediul unui tub nasogastric.

Discutaţi opţiunile cu medicul dumneavoastră. Dacă simptomele sînt uşoare, aţi putea începe prin hrănirea cu formula parţial hidrolizată timp de două săptămîni, apoi încercaţi formula hidrolizată total dacă situaţia copilului nu se îmbunătăţeşte. Însă, pentru un copil cu simptome severe, medicul dumneavoastră va dori probabil să înceapă cu formula hidrolizată total. Unii pediatri cred că este mai bine să treacă direct la formula hidrolizată total de la început – un avantaj ar fi că, cu cît copilul este mai mic cu atît mai mare este probabilitatea ca acesta să tolereze formula. Întîrzierile duc copilul mai aproape de vîrsta la care va respinge formula din cauza gustului.

O mică parte dintre copii nu se recuperează cu formula hidrolizată total şi, ca urmare, au nevoie de formula cu aminoacizi.

Dacă bebeluşul dumneavoastră respinge în mod clar gustul formulei hidrolizate total (sau al formulei cu aminoacizi), aţi putea încerca să amestecaţi respectiva formulă cu formula pe care aţi folosit-o iniţial, mai întîi în proporţie de 50%, dacă medicul dumneavoastră este de acord cu asta. Apoi reduceţi treptat cantitatea de formulă veche şi creşteţi proporţia de formulă nouă, zi de zi. În mod evident, acest lucru va întîrzia momentul recuperării, deci trebuie luat în calcul ca opţiune doar dacă nu există riscuri pentru viaţa copilului şi dacă copilul refuză în totalitate să accepte noua formulă.

Majoritatea acestor formule speciale conţin acum puţină lactoză, precum şi proteine hidrolizate. (Unele formule hidrolizate conţin de asemenea prebiotice care pot aduce şi alte

Scanned with OKEN Scanner

beneficii – precum „Comfort" de la Cow and Gate). Deoarece un copil cu diaree ar putea avea deficienţă de lactază sau sensibilitate la proteinele din lapte (sau ambele, deoarece diareea poate provoca un deficit temporar de lactază – vezi capitolul 9), hrănirea cu această formulă este eficientă pentru un copil fericit şi sănătos. Un diagnostic mai exact poate fi căutat mai tîrziu, în colaborare cu medicul dumneavoastră.

Nu ar trebui să reintroduceţi proteinele din laptele de vacă (sub nici o formă) fără să discutaţi mai întîi cu medicul dumneavoastră, deoarece ar putea exista o reacţie severă riscantă pentru viaţa copilului dacă acesta este foarte sensibil. Atunci cînd reintroduceţi lactoza, este recomandat să creşteţi treptat nivelul acesteia. Aceasta va permite producerea lactazei, fără ca bebeluşul să fie copleşit de prea multă lactoză.

Atunci cînd un copil are mai multe sensibilităţi alimentare şi trebuie să respecte o dietă foarte strictă, poate fi folosită formula cu aminoacizi sau formula hidrolizată total o perioadă lungă de timp, atît cît este necesar suplimentul de proteină pentru a păstra dieta adecvată din punct de vedere nutritiv.

Nu se întîmplă nimic dacă un copil continuă cu această formulă chiar şi cîţiva ani, dacă este necesar.

Copiii alăptaţi

Proteinele din hrana mămicilor trec în laptele matern în cantităţi mici şi pot produce simptome copilului dumneavoastră. Dacă copilul dumneavoastră a fost hrănit cu formulă de lapte, chiar şi o singură dată, atunci laptele de vacă este cel mai evident responsabil, cu toate că ar putea fi şi alt aliment. Reţineţi că bebeluşii care nu au fost hrăniţi cu formulă pot fi de asemenea sensibili la laptele de vacă.

Atunci cînd alăptatul nu este ce mai bună cale

Probabil veţi dori să continuaţi alăptatul dacă este posibil, şi nu există nici o îndoială că în general acesta este cel mai bun lucru pentru copil. Totuşi, foarte rar, există cazuri ce necesită întreruperea alăptatului şi trecerea temporară sau permanentă pe o formulă de lapte hipoalergenică (cum ar fi formula cu aminoacizi). Dacă ezitaţi să întrerupeţi alăptarea, iar doctorul dumneavoastră nu vă recomandă acest lucru, vă spunem că există cercetări ce arată că există cazuri care dovedesc că înţărcarea este cel mai bun lucru pentru copil. Vom discuta mai pe larg la p. 328.

Simptome uşoare

Dacă simptomele copilului dumneavoastră sînt uşoare şi intermitente, poate fi vorba despre ceva ce nu mîncaţi în fiecare zi. Atît timp cît doctorul dumneavoastră este de acord, puteţi începe să înregistraţi zilnic toate alimentele şi băuturile consumate, plus simptomele. Revedeţi înregistrările regulat şi căutaţi posibilele legături.

Simptome severe

Dacă există simptome severe sau dacă acestea apar în fiecare zi, doctorul dumneavoastră vă va recomanda probabil să începeţi să evitaţi complet laptele şi toate produsele lactate. Este important ca aportul nutriţional să fie verificat de un dietetician şi e posibil să aveţi nevoie de un supliment de calciu. *Există un risc serios de malnutriţie atît pentru dumneavoastră,*

Scanned with OKEN Scanner

cît şi pentru copil dacă scoateţi laptele din dietă şi nu compensaţi cu alte alimente sau suplimente.

În acest stadiu trebuie să evitaţi laptele de capră şi alte tipuri de lapte animal, şi nu doar laptele de vacă, deoarece acestea pot da reacţii colaterale. („Laptele" făcut din orez, ovăz sau nuci este permis – puteţi găsi acest tip de lapte în magazinele naturiste şi în multe supermarketuri mari. Laptele de soia este de asemenea bun, dar dacă sînteţi vegetariană şi deja aveţi soia în dieta dumneavoastră, probabil este mai bine să îl evitaţi, deoarece cantităţile mari din dieta dumneavoastră pot creşte riscul sensibilităţii la soia pentru copil.)

În afară de alimentele care includ în mod evident lapte de vacă, cum ar fi brînza, untul, iaurtul şi smîntîna, amintiţi-vă că laptele şi/sau untul sînt folosite în prepararea prăjiturilor, biscuiţilor, produselor de patiserie, cremei de lapte şi ouă şi a altor alimente delicioase (vezi anexa 2). Asiguraţi-vă de asemenea că aţi verificat sursele ascunse de lapte din alimentaţie din toate alimentele ambalate şi că ştiţi sinonimele folosite pe etichete (anexa 1). Amintiţi-vă că urme de proteine din lapte pot cauza simptome continue copilului dumneavoastră şi aveţi grijă cu produsele cumpărate de la cofetării sau patiserii. În cazul mîncării gătite în casă, un vas care nu este spălat cum trebuie şi care a fost folosit, de exemplu, pentru sos alb poate introduce urme infime de lapte în următorul fel care va fi gătit în acel vas. Amestecarea castroanelor, cănilor, farfuriilor şi tacîmurilor reprezintă o sursă de contaminare în cazul în care spălaţi vasele cu mîna, iar spălarea vaselor este făcută cîteodată în grabă.

Medicul dumneavoastră vă poate sfătui pe ce perioadă să continuaţi înainte de a decide dacă dieta funcţionează: intervalul va varia în funcţie de cauza posibilă a reacţiei. În general, va lua mai mult atunci cînd sînt implicate şi eozinofilele sau într-un caz ce implică şi enteropatia (afectarea mucoasei intestinului). Îmbunătăţirile pot lua cîteva săptămîni pentru a se face simţite, din cauză că mucoasa intestinului se recuperează în timp. Alergia IgE directă la alimente se va soluţiona cel mai rapid (într-o săptămînă) atunci cînd alimentul-problemă este evitat.

Acolo unde laptele de vacă pare să ridice probleme sau reprezintă doar o parte a problemei şi alte posibile cauze au fost deja excluse de către medic, este recomandat să investigaţi aportul altor alimente. Acest lucru implică trecerea la o dietă şi mai restrictivă, deci discutaţi în detaliu cu medicul sau nutriţionistul dumneavoastră. Unii vor ezita să vă recomande acest lucru din cauza riscului mare de subnutriţie atît pentru dumneavoastră, cît şi pentru copil. Dacă doriţi să continuaţi, medicii vor dori să se asigure că aveţi o atitudine corectă în privinţa alimentaţiei şi că vă puteţi purta de grijă pe perioada acestei diete. Îngrijorarea este mai mare în special în cazul persoanelor vegetariene, deoarece se pune problema aportului suficient de proteine. (Puteţi suplimenta cantitatea de proteine consumate printr-o dietă elementală sau cu formula de lapte hidrolizată făcută pentru copii – vezi mai sus; i-aţi putea sugera aceasta medicului dumneavoastră.)

Alimentele care trebuie evitate în general sînt:

- grîul;
- soia;
- ouăle;
- alunele şi alte nuci;
- peştele;
- ciocolata;
- roşiile;
- sucurile de citrice (portocale, lămîi etc.);
- carnea de vită;
- carnea de pui.

Scanned with OKEN Scanner

Continuaţi să evitaţi de asemenea toate produsele lactate. Cu cît evitaţi mai multe alimente, cu atît mai mare este posibilitatea să identificaţi sursa problemelor pe care le are copilul dumneavoastră, dar cu atît mai mare este şi riscul de subnutriţie. Totuşi, este posibil să împărţiţi lista în două părţi şi să evitaţi prima parte o perioadă şi apoi invers : aceasta ar putea fi o cale de a uşura respectarea regimului şi de a nu avea probleme nutriţionale, în special dacă sînteţi vegetariană. Discutaţi cu medicul dumneavoastră.

Presupunînd că simptomele copilului dispar în timp ce ţineţi acest regim, atunci trebuie să testaţi individual alimentele evitate, cîte unul pe rînd, pentru a descoperi sursa problemei. Nutriţionistul dumneavoastră vă poate ghida pe parcursul acestui proces. Recomandările uzuale în astfel de cazuri sînt să mîncaţi fiecare aliment o dată pe zi timp de o săptămînă pentru testare, însă trebuie să vă opriţi imediat atunci cînd apar simptomele şi să permiteţi simptomelor să dispară înainte de testarea altui aliment.

La sfîrşitul săptămînii, dacă simptomele nu au reapărut, puteţi presupune că alimentul este inofensiv, dar trebuie să-l scoateţi din nou din dietă, în timp ce testaţi următorul aliment.

În timpul şi după faza de testare adoptaţi o dietă cît mai variată şi evitaţi consumarea unui singur aliment în cantităţi mari.

Dacă laptele de vacă se dovedeşte a fi alimentul-problemă, puteţi testa laptele de capră, de oaie sau iaurturile şi brînza făcute din acestea. Dacă au existat reacţii foarte puternice la laptele de vacă, trebuie să discutaţi acest lucru mai întîi cu medicul dumneavoastră. Testaţi cu precauţie, mai întîi cu cantităţi destul de mici. Dacă observaţi că bebeluşul dumneavoastră tolerează laptele de capră sau oaie, acest lucru vă va extinde dieta. Nu mîncaţi în cantităţi mari şi în unele zile evitaţi-le cu totul, pentru a minimaliza şansa dezvoltării unei noi sensibilităţi.

Puteţi descoperi, în mod surprinzător, că, deşi dieta iniţială părea să ducă la ameliorarea simptomelor, acestea nu reapar sub influenţa nici unui aliment. Cele cîteva săptămîni de evitare probabil i-au permis copilului să depăşească sensibilitatea : la această vîrstă fragedă, asta e tot ce contează.

Dacă testarea identifică alimentele dăunătoare, trebuie ca după un timp să le testaţi din nou, pentru a vedea dacă răspunsul copilului la aceste alimente s-a schimbat. Medicul dumneavoastră vă poate sfătui cînd să efectuaţi noua testare. În cazul copiilor care prezintă simptome moderate sau severe, medicii vă vor recomanda probabil să aşteptaţi cel puţin un an. Dacă încă există simptome atunci cînd reintroduceţi alimentul respectiv, el poate fi retestat din nou după încă un an şi aşa mai departe.

Folosirea temporară a formulei de lapte pentru copiii alăptaţi ce prezintă simptome severe

Aceasta reprezintă o problemă discutabilă, dar unii medici au reuşit să folosească formula hidrolizată total sau formula cu aminoacizi ca modalitate temporară de tratare a simptomelor severe ale alergiei alimentare pentru copiii alăptaţi. Ideea este să determinaţi copilul să renunţe complet la laptele matern şi să treacă pe ceva complet sigur pentru o perioadă scurtă, pentru ca sistemul digestiv să se recupereze. Între timp, mama poate să extragă laptele matern (şi să-l păstreze). De asemenea, ea poate începe o dietă care să excludă în mod riguros alimentele cauzatoare de probleme, presupunînd că acestea sînt cunoscute. Atunci cînd criza a trecut şi bebeluşul este complet sănătos, se poate reîncepe alăptatul.

Această metodă a fost folosită cu succes pentru copiii ce suferă de diferite tipuri de alergie alimentară, atunci cînd nu iau în greutate în mod normal din cauza diareei şi vomei severe. Pentru a reuşi, este foarte important să extrageţi laptele matern la fel de des cum se

Scanned with OKEN Scanner

hrănea şi bebeluşul anterior, pentru ca sînii să continue să producă lapte în cantitate suficientă.

Poate fi de folos de asemenea să hrăniţi copilul cu formulă de lapte cu înghiţituri mici dintr-o cană, în loc să-i daţi din biberon, pentru a evita problema cu „confundarea sfîrcului" atunci cînd alăptatul încetează. (Consultantul pentru sănătate vă poate arăta cum.) Sugerea laptelui din tetina de cauciuc a unui biberon necesită o cu totul altă acţiune decît cea necesară la sugerea din mamelon. Unii copii îşi pierd interesul pentru alăptat dacă sînt trecuţi pe biberon o perioadă.

Cazuri cînd alăptatul nu este benefic

Există femei care în timpul alăptatului elimină numeroase alimente din dieta lor pentru a nu afecta copilul. Aceşti copii încă prezintă simptome (de exemplu, eczemă atopică) şi e posibil să nu crească într-un ritm normal.

Pentru unele mame se recomandă oprirea alăptatului cu totul şi trecerea pe formula de lapte hidrolizat extensiv sau pe formula cu aminoacizi (vezi p. 324), schimbări care pot aduce modificări importante. Simptomele bebeluşului vor dispărea şi creşterea se va îmbunătăţi. Cercetările au arătat că se poate scădea permeabilitatea mucoasei intestinului la moleculele nedigerate de mîncare, un semn bun, ce arată că mucoasa intestinului este mai puţin inflamată.

Iată de ce formula hipoalergenică poate produce beneficii în aceste circumstanţe. E posibil ca urme uşoare de alimente dăunătoare să fi fost încă digerate de mamă în ciuda eforturilor ei sau bebeluşul a avut o reacţie de sensibilitate la un aliment pe care mama nu a încercat să îl elimine.

Altfel – iar aceasta se întîmplă foarte rar –, sistemul imunitar al copilului poate să fi dezvoltat o reacţie împotriva proteinelor din laptele matern.

O a treia posibilitate este că simptomele au fost încurajate de componentele imunitare ce se găsesc în lapte. La unele femei, acest tip de celule imunitare şi citokină (substanţă mesager) ce se găsesc în laptele matern diferă de acelea întîlnite în mod obişnuit. Există dovezi ce sugerează că anumite diferenţe încurajează dezvoltarea răspunsului imunitar la alimentele consumate de copil. Aceste rezultate sînt destul de noi şi trebuie să fie confirmate de alte cercetări suplimentare.

Prescrierea de adrenalină pentru bebeluşi şi copiii care încep să meargă

Dacă bebeluşul sau copilul dumneavoastră a suferit de anafilaxie din cauza alergiei la alimente, vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre soluţionarea situaţiilor de urgenţă în cazul în care respectivul aliment este ingerat accidental. Acesta devine un adevărat motiv de îngrijorare atunci cînd copiii încep să meargă de-a buşilea şi mai apoi să meargă în picioare, deoarece pot lua mîncarea de oriunde şi o pot gusta. Pentru un copil mai mare se poate prescrie un injector cu adrenalină, dar nu există nici unul care să aibă o doză îndeajuns de mică pentru un copil ce cîntăreşte mai puţin de 15 kg. Este posibil să aveţi adrenalină în fiole şi o seringă cu care să extrageţi din fiolă cantitatea potrivită. Este nevoie de exerciţiu şi practică pentru a vă dezvolta abilităţile pentru acest lucru, mai ales pentru a extrage doza exactă rapid, în caz de urgenţă. Dar dacă staţi la distanţă mare de spital poate reprezenta o opţiune pe care să o discutaţi cu medicul dumneavoastră. Evident că măsura de securitate

Scanned with OKEN Scanner

cea mai bună este ca bebeluşul sau copilul să nu mănînce alimentul dăunător, iar medicul dumneavoastră se va aştepta să faceţi toate eforturile necesare în această direcţie. Dar poate fi destul de dificil să asiguraţi evitarea acestuia 100%, în special dacă există alţi copii mici în familie sau locuiţi într-o gospodărie extinsă şi nu vă puteţi asigura că toţi vor urma regulile dumneavoastră în ceea ce priveşte alimentele.

Introducerea solidelor în alimentaţia copilului sensibil la laptele de vacă

Va trebui să urmaţi recomandările medicului sau asistentului medical. Următoarele sînt doar măsuri de bază şi de bun-simţ.

Introduceţi alimentele pe rînd în alimentaţia copilului, pentru a observa reacţiile la acestea.

Preparaţi-vă singură alimentele – în acest fel ştiţi exact ce mănîncă copilul dumneavoastră. Faceţi acest lucru prin prepararea ingredientelor de bază şi apoi treceţi-le prin blender sau robotul de bucătărie. Asiguraţi-vă că instrumentele cu care lucraţi sînt curate, pentru a evita ca urmele de proteină alergenică să intre în mîncare.

Continuaţi să alăptaţi atunci cînd începeţi să introduceţi alimentele solide timp de cîteva luni, deoarece alăptatul ajută sistemul imunitar al copilului să accepte noile alimente.

Evoluţia copiilor cu sensibilitate la alimente

Reţineţi că reacţiile la alimente pot dispărea doar aparent, cînd de fapt acestea sînt doar ascunse, pentru a reapărea mai tîrziu sub altă formă. De exemplu, cercetătorii care au făcut endoscopii au demonstrat că poate exista o formă subtilă de enteropatie la copiii care au avut alergie IgE cînd erau bebeluşi şi care aparent au depăşit acest stadiu (vezi pp. 333-334). E bine să luaţi în considerare simptome cum ar fi urticariile în jurul anusului, durerile abdominale sau constipaţiile şi să mergeţi la medic din nou dacă sînteţi îngrijorate.

Atenţie la lapte!

În cazul în care copilul dumneavoastră este sensibil la laptele de vacă, trebuie să fiţi atentă la urmele de lapte din surse neaşteptate. De exemplu, probioticele sînt adesea crescute în lapte şi pot conţine urme reziduale de proteine de lapte care pot provoca o reacţie severă. Există probiotice alternative ce nu sînt cultivate în lapte.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 17

Sensibilitatea alimentară la copii

Primele patru secţiuni ale acestei cărţi se aplică atît adulţilor, cît şi copiilor. Drept urmare, în cazul în care copilul dumneavoastră prezintă o alergie imediată şi severă la ouă, alune sau alt aliment, va trebui să citiţi capitolul 4, în cazul în care copilul prezintă migrene consultaţi capitolul 11, iar dacă acesta are colici consultaţi capitolul 7, dacă are eczemă atopică vedeţi capitolul 6 şi aşa mai departe. Acest capitol descrie probleme care se referă în mod special la copii. Reţineţi că sensibilitatea alimentară a bebeluşilor este prezentată în general în capitolele 15 şi 16, cu toate că puteţi găsi informaţii suplimentare şi în acest capitol.

Alergia IgE clasică la copii

Anafilaxia

Semnele tipice ale anafilaxiei sînt aceleaşi la copii ca şi la adulţi (vezi pp. 80-81). În cazul copiilor mici care nu vă pot spune ce anume îi deranjează, semnele sînt ochii roşii, rinoreea (curgerea abundentă a nasului), umflăturile şi urticaria – în jurul gurii sau oriunde pe corp. De asemenea, puteţi observa înroşiri. Acestea pot apărea peste tot sau pe limbă, în interiorul gurii sau pe partea din faţă a gîtului.

Fiţi atentă în special la orice modificare a vocii, la respiraţia zgomotoasă, şuierătoare (un fluierat ce vine din piept) sau la orice dificultate de respiraţie – *acestea sînt semnele unei urgenţe medicale şi trebuie să chemaţi salvarea sau să duceţi copilul la spital cît de repede posibil.* Folosiţi adrenalina din injector imediat dacă acest lucru v-a fost recomandat pentru copilul dumneavoastră – vezi p. 81 pentru lămuriri. **Nu folosiţi un injector cu adrenalină pentru adulţi în cazul copilului mic, deoarece doza este prea mare.**

Identificarea problemei de alimentaţie

Se pot efectua teste pentru a identifica dacă există o sensibilitate IgE la un anumit aliment: un test de intradermoreacţie sau un test de sînge pentru un IgE specific (vezi capitolul 3). Dacă rezultatul testului este pozitiv, e posibil să indice o reacţie alergică reală, dar nici un test nu este absolut sigur. Este posibil să obţineţi un rezultat pozitiv la test, dar nici o reacţie la alimentul respectiv sau un rezultat negativ în ciuda alergiei evidente la alimentul respectiv.

În cazul în care copilul dumneavoastră are o reacţie imediată la consumarea alimentului, iar rezultatul testului pentru acel aliment e pozitiv, posibilitatea ca respectivul aliment să fie cel dăunător este foarte mare, de aproximativ 95%.

Dacă rezultatul testului este negativ sau doar slab pozitiv, dar există o reacţie evidentă la aliment, puteţi fi destul de sigur că alimentul este responsabil. Şi s-ar putea să aveţi dreptate, dar fiţi deschis şi la alte sugestii. Într-un studiu, s-a demonstrat că alimentul suspectat de părinţi că ar fi provocat o reacţie alergică copilului lor pe baza unei singure întîmplări era de fapt dăunător doar în 50% din cazuri.

E posibil să fi existat o reacţie cu semne vizibile şi clare de mai multe ori, însă asiguraţi-vă că aţi găsit alimentul responsabil. Dar din nou – fiţi deschis la alte posibilităţi. Pentru a stabili cu certitudine existenţa reacţiei este esenţial să supuneţi alimentul la un test dublu-orb cu grup de control placebo. Aceasta înseamnă că unele testări (*placebo*) nu conţin nici un alergen, cu toate că arată şi au gustul identic cu respectivul aliment. Nimeni – nici chiar subiectul – nu ştie ce conţine fiecare amestec, de aceea testarea este numită „dublu-orb".

Importanţa acestor teste riguroase reiese clar din studiile efectuate la Universitatea din Groningen, Olanda. Cercetătorii de acolo au desfăşurat o investigaţie detaliată asupra a peste 100 de copii care aparent sufereau de alergie IgE. Majoritatea copiilor au reacţionat la alimentul suspect, dar nu la placebo, după cum era de aşteptat. Însă 17 copii au reacţionat foarte convingător şi la testarea placebo, iar 11 dintre aceştia au avut chiar simptome vizibile, precum umflarea buzelor, iritaţie, accentuarea eczemei, vomă sau diaree. (Acestea au fost totuşi mai puţin severe decît reacţiile la alimentul real.)

Aceasta este puterea sugestiei! Simplul gînd că ar putea ingera un aliment alergenic a fost de ajuns pentru a provoca simptomele alergiei de care au suferit anterior. Unii dintre aceşti copii care au reacţionat la placebo au răspuns de asemenea pozitiv la alimentul suspectat, dar testele ulterioare au dovedit că nu aveau nici o problemă la consumarea acelui aliment. Alţii au reacţionat doar la placebo, şi nu la alimentul suspectat. Aceste rezultate, în condiţii de testare dublu-orb, arată cît de uşor este să fiţi păcălit de reacţiile la mîncarea de acasă, cînd copilul ştie ce anume mănîncă şi ce fel de reacţie este aşteptată de către familie.

Acest studiu arată că, deşi observaţiile dumneavoastră sînt extrem de importante, trebuie de asemenea să aveţi confirmarea alergiei prin intermediul testării dublu-orb cu grup de control. Altfel, copilul dumneavoastră poate evita un aliment fără să fie necesar, în timp ce este de fapt alergic la altceva fără legătură cu alimentul suspectat. Sau peste mai mulţi ani copilul poate evita un aliment cu toate că alergia a fost depăşită de mult. Unele clinici de alergologie efectuează teste foarte riguroase de acest fel, însă nu toate fac acest lucru. Testele sînt efectuate în condiţii foarte sigure, ca urmare nu există nici un risc pentru copil.

Dar cum procedăm în situaţia în care toate testele alergologice sînt negative, însă sînteţi convins că se produce o reacţie puternică la un anumit aliment? Vi se va spune că acest lucru este „imposibil", dar de fapt testele pot eşua – deşi destul de rar – în a arăta vreo sensibilitate IgE chiar dacă pacientul are într-adevăr alergie la acel aliment, cu simptome identice cu acelea dintr-o reacţie mediată de IgE.

Repetăm, va fi nevoie de efectuarea unei testări dublu-orb cu grup de control a alimentului respectiv pentru a stabili exactitatea răspunsului alergic pe care l-aţi observat acasă. Dacă vi se sugerează efectuarea unui astfel de test, ar fi înţelept să acceptaţi, altfel alergia copilului dumneavoastră va fi întotdeauna considerată nedovedită şi nu veţi obţine sprijin medical în caz de necesitate. Dacă nu vi se propune un astfel de test solicitaţi hotărît, dar politicos efectuarea unuia.

După 24 de ore de la testarea alimentului nu este nevoie să ţineţi copilul în spital, iar testarea poate continua în siguranţă acasă. Timpul de monitorizare pentru testarea alimentului trebuie să fie îndeajuns de mare pentru a putea detecta toate reacţiile posibile. În cazul apariţiei anumitor simptome, precum respiraţia şuierătoare, eczema atopică sau constipaţia, răspunsul poate fi foarte întîrziat (vezi p. 312) şi trebuie să treacă o lună întreagă înainte de a trage concluzia că nu mai există nici o reacţie la aliment.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă există îndoieli în privinţa alimentelor care provoacă reacţiile copilului dumneavoastră şi acesta are o reacţie la un produs ambalat, păstraţi întotdeauna ambalajul sau punga pe care sînt menţionate ingredientele şi luaţi-l cu dumneavoastră atunci cînd consultaţi medicul alergolog sau pediatrul. Ar fi bine chiar să luaţi alimentul respectiv – să îl puneţi în congelator pînă la data programării.

Acelaşi lucru se aplică şi pentru hrana regurgitată, dacă voma pare să fie provocată de o reacţie alergică. Puneţi mostra într-o pungă curată de plastic sau într-un recipient şi păstraţi-o în congelator pînă la data programării.

Atenţie la snackuri!

Pentru copiii care suferă de alergie clasică IgE şi care în general evită anumite alimente, snackurile reprezintă cea mai frecventă cauză a unei reacţii severe.

Vor depăşi copiii cu alergie IgE la alimente această afecţiune?

Unii copii mici cu alergie IgE chiar depăşesc problema atunci cînd cresc. Acest lucru este mai probabil în cazul alergiilor la lapte, ouă, soia şi grîu. Alergiile la alune sau alte nuci, peşte şi fructe de mare nu sînt în general depăşite niciodată.

Studiile efectuate pe bebeluşi cu alergie IgE la laptele de vacă au dovedit că 50% dintre aceştia au depăşit alergia pînă la vîrsta de un an, 70% pînă la vîrsta de doi ani, iar 85% pînă la vîrsta de trei ani. (Reţineţi totuşi că aceste sensibilităţi pot înceta doar aparent, reapărînd cu alte simptome mai tîrziu în copilărie – vezi pp. 333-334). Atenţie, evitarea *totală* a unui aliment cum este laptele poate spori şansele depăşirii alergiei în cazul copiilor cu eczemă atopică (vezi p. 117) şi posibil în cazul copiilor cu alte simptome alergice. Reţineţi că testele alergologice, precum cele de intradermoreacţie şi testele de sînge pentru IgE, pot fi în continuare pozitive, dar reacţia reală la aliment – adică simptomele după ingerare – poate dispărea.

Odată ce sensibilitatea a fost depăşită, în special în cazul alunelor, poate fi benefic să mîncaţi alune frecvent pentru a consolida toleranţa la aliment. Pentru copiii care depăşesc alergia la alune (aproximativ 20% din cazuri : mai ales cei cu simptome relativ slabe şi alte cîteva alergii) este important să consume cantităţi mici de alune în continuare. Evitarea alunelor în acest stadiu creşte riscul ca alergia să reapară.

Diareea la copiii care încep să meargă

Această problemă frecventă poate avea cauze variate. La unii copii poate fi provocată de excesul de suc de fructe, în special suc de mere (vezi p. 305). Intoleranţa la lactoză (vezi capitolul 9) este o altă cauză posibilă dacă respectivul copil bea mult lapte. Sensibilităţile specifice la alimente pot cauza de asemenea diaree la copiii care abia încep să meargă, dar aceştia tind să depăşească problemele destul de repede. O simplă dietă restrictivă, constînd de exemplu în evitarea laptelui, a cerealelor şi ouălor, poate fi încercată dacă aveţi permisiunea medicului dumneavoastră.

Scanned with OKEN Scanner

Insomnia

Unele cercetări sugerează că bebeluşii care nu pot fi convinşi să doarmă suferă probabil de o formă de intoleranţă la alimente. Un grup de astfel de bebeluşi, hrăniţi cu biberonul, au fost supuşi unui studiu. Atunci cînd formula obişnuită cu lapte de vacă a fost înlocuită cu formula hidrolizată, aceştia au început să doarmă mai bine, iar cînd au fost hrăniţi din nou cu formula obişnuită insomniile au reapărut. Dacă bebeluşul dumneavoastră are insomnii, întrebaţi medicul dacă puteţi încerca o perioadă formula hidrolizată de lapte (vezi p. 324).

Unii bebeluşi alăptaţi se trezesc frecvent şi par să fie flămînzi o dată la două ore. Cauzele cele mai probabile sînt insuficienţa laptelui, faptul că stomacul este prea mic şi nu pot ingera mult lapte la o singură masă sau că trec printr-o perioadă de „creştere rapidă", avînd nevoie de mai multă hrană. Dar rar poate fi de vină şi intoleranţa alimentară. O mamă care alăpta şi care, din întîmplare, era şi pediatru a descoperit că atunci cînd a încetat să mănînce produse lactate şi carne de vită, copilul ei a început să doarmă de la patru pînă la şase ore după alăptare, se trezea zîmbind şi nu părea întotdeauna flămînd. La o zi sau două de la reintroducerea laptelui în dieta mamei, bebeluşul a început să se trezească din nou o dată la două ore plîngînd şi se hrănea cu poftă. Testări repetate „dublu-orb" (nici măcar ei nu-i venea să creadă!) au confirmat ipoteza surprinzătoare – faptul că laptele de sîn liniştea copilul temporar, însă provoca apoi un fel de reacţie care îl trezea două ore mai tîrziu cu un apetit nepotolit. Se pare că manifesta o reacţie de intoleranţă la proteinele din laptele de vacă ce treceau în laptele matern. Nu ştim cu siguranţă dacă această reacţie apare la mai mulţi copii sau doar în cazuri rare. (Este interesant faptul că mama respectivă a avut aceeaşi experienţă cu al doilea copil, ambii prezentînd o reacţie alergică totală atunci cînd au băut prima dată lapte de vacă.) Dacă vă alăptaţi copilul şi pare să se încadreze în această descriere, încercaţi să evitaţi laptele de vacă şi produsele lactate din dieta proprie, dar cereţi acordul medicului şi un supliment de calciu cînd continuaţi dieta pe termen lung. Este posibil ca alte alimente ce trec în laptele de sîn să provoace reacţii similare, cu toate că nu există dovezi în acest moment. Acest tip de reacţie este rar în cazul bebeluşilor.

Insomniile pot apărea de asemenea la copiii care încep să meargă şi copiii puţin mai mari. În asemenea cazuri, copiii adorm greu şi se trezesc frecvent în timpul nopţii. Trebuie mai întîi investigate alte cauze posibile – şi sînt multe. Dacă investigaţiile nu conduc la nici un rezultat şi problema nu poate fi explicată sau tratată, atunci e bine să investigaţi intoleranţele alimentare. O simplă dietă limitată este cea mai recomandată formă de diagnosticare, dar trebuie efectuată cu acordul şi sub supravegherea medicului.

Constipaţia

În cazul copiilor care au suferit alergii alimentare atunci cînd erau foarte mici, adesea prezentînd alte simptome decît constipaţia (de exemplu, un simptom ar fi putut fi diareea), aceeaşi sensibilitate ar putea reapărea mai tîrziu în timpul copilăriei şi cauza o constipaţie severă, care nu răspunde la laxative. Alimentul răspunzător este adesea, dar nu întotdeauna, laptele de vacă. Unii dintre aceşti copii dezvoltă noi sensibilităţi în timp, iar constipaţia va dispărea doar cînd alimentele respective sînt la rîndul lor evitate. Pentru a identifica toate alimentele responsabile este necesară o simplă dietă prin eliminare, pe lîngă cea descrisă în capitolul 6 în cazul unui copil ce suferă de eczemă atopică (precauţiile privind reacţiile

Scanned with OKEN Scanner

severe în cazul testării nu sînt neapărat necesare). Însă aveţi nevoie de acordul medicului dumneavoastră pentru a o pune în aplicare.

Cercetările privind constipaţia şi sensibilitatea alimentară sînt descrise în introducerea acestei cărţi.

Uneori, acumularea mai multor scaune în intestin creează o presiune mare pe vezică. Acest lucru poate cauza incontinenţa respectivilor copii sau enurezisul cu o frecvenţă mult mai mare decît este normal pentru grupa lor de vîrstă.

Durerile abdominale („durerile de burtică")

Studiile efectuate pe copii mai mari care atunci cînd erau bebeluşi au suferit de alergie IgE la laptele de vacă, dar aparent au depăşit acest stadiu, au arătat că uneori sensibilitatea persistă. Aceasta nu a putut fi detectată, deoarece simptomele s-au schimbat, devenind mai puţin evidente.

Toţi aceşti copii şi-au pierdut reacţia imediată la lapte. Testele de intradermoreacţie au fost negative, iar testele de sînge pentru IgE specific laptelui au fost de asemenea negative. În consecinţă, părinţilor li s-a comunicat că îi pot hrăni în regim normal. Toţi au făcut acest lucru, dar după o perioadă au dezvoltat noi simptome – diaree, dureri abdominale sau chiar ambele.

În urma unor investigaţii detaliate, s-a descoperit că aceşti copii prezintă o reacţie întîrziată la lapte. Ţinînd un regim fără lapte sau lactate, ei şi-au revenit, dar, atunci cînd laptele a fost reintrodus, simptomele au revenit – însă cu efect întîrziat, pînă la o săptămînă sau mai mult. (Aceasta nu se mai poate numi reacţie imediată ca în cazul alergiilor IgE.)

Însă cu adevărat surprinzătoare la aceşti copii au fost rezultatele investigaţiilor cu ajutorul endoscopiei şi biopsiei (teste prin care se studiază interiorul tractului digestiv – vezi pp. 59-60). Se putea observa o reacţie imunitară anormală în mucoasa intestinului, avînd ca rezultat anumite modificări ale aspectului acestuia. Unii copii prezentau doar modificări minore, şi nu leziuni majore ale mucoasei intestinului. Însă alţii prezentau răni destul de severe, iar cîţiva aveau răni destul de grave care determinau absorbţia deficitară a nutrienţilor (numită enteropatie – vezi p. 28). În mod surprinzător, singurul simptom evident prezentat de aceşti copii erau durerile abdominale.

Enurezisul

Cei mai mulţi copii fac în pat pînă la vîrsta de trei-patru ani. După această vîrstă, aproximativ 25% dintre copii continuă să urineze în pat şi unii dintre ei chiar în timpul zilei. La unii copii, problema poate continua pînă la vîrsta de zece ani sau mai mult. Uneori, cauza este o infecţie urinară sau diabetul. Însă, în majoritatea cazurilor, cauza este probabil de natură psihică, anxietatea şi nesiguranţa reprezentînd baza problemei.

Cei mai mulţi copii cu sensibilitate la alimente au încetat să mai urineze în pat imediat ce au fost trataţi pentru alte simptome, iar urinatul în pat a reapărut împreună cu celelalte simptome atunci cînd alimentul respectiv a fost reintrodus în dietă.

Iniţial, acest fapt a fost considerat o coincidenţă, dar majoritatea medicilor specializaţi în acest domeniu acceptă acum că sensibilitatea la alimente (alergie sau intoleranţă) poate provoca probleme ale vezicii. Cauza probabilă este afectarea muşchilor netezi în cazul

Scanned with OKEN Scanner

contractării acestora. Pe lîngă faptul că se găsesc în bronhii (unde spasmele lor pot provoca astm) şi în intestine (unde spasmele pot provoca diaree), muşchii netezi alcătuiesc de asemenea peretele vezicii. Dacă aceşti muşchi se contractă excesiv, vezica se goleşte mult mai frecvent şi cu mai puţin control.

Unii adulţi cu sensibilitate la alimente urinează destul de frecvent, iar mecanismul este probabil acelaşi şi la copii. Constipaţia severă poate duce de asemenea la incontinenţă urinară (vezi mai sus).

ADHD – hiperactivitatea

Vă vom descrie o zi din viaţa unui copil hiperactiv aşa cum i-a fost relatată dr. Doris Rapp, pediatru în Buffalo, New York, de o mamă extenuată: „De dimineaţă, Matthew e bosumflat şi obosit. E în toane proaste şi trist că nu şi-a făcut temele, plînge, îşi spune că e prost şi se ia de sora lui. Cînd vine de la şcoală, îşi scoate imediat pantofii şi începe să facă tumbe prin casă. Sare şi se agită prin toată casa sau se aşază să se uite la televizor, dar îşi mişcă mereu mîinile şi picioarele. La cină bate cu cuţitul şi furculiţa în farfurie, ia şi mută lucrurile de pe masă, întoarce recipientul de sare invers, dă în masă şi în sora lui şi în timpul mesei se apucă să facă tumbe prin sufragerie. După cină încearcă să îşi facă temele. Se supără pentru că a uitat nişte cărţi şi îşi spune că e prost. Scrie două-trei cuvinte, rupe foaia din cauza unei greşeli, şi asta de cinci sau şase ori. Plînge, se supără din nou, iar dimineaţa îşi pierde tema sau o uită. La ora de culcare spune că l-au durut toată ziua muşchii şi burta (o problemă de cînd era mic) şi îi ia o oră şi jumătate să adoarmă. Se învîrte toată noaptea de pe o parte pe alta, visează urît şi vorbeşte în somn. În timpul zilei vorbeşte mereu despre orice şi nu ascultă nimic. Nu mănîncă niciodată mai mult de jumătate din farfurie, nu are niciodată poftă de mîncare. Are de obicei nasul înfundat".

Denumirea folosită în prezent pentru starea lui Matthew este tulburare hiperkinetică cu deficit de atenţie sau ADHD. *Sindromul hiperkinetic* este un alt termen folosit pentru această boală. Cu toate că de obicei veţi auzi *hiperactivitate* ca termen care denumeşte boala, aceasta reprezintă doar un aspect al sindromului. Alţi termeni folosiţi pentru aceste simptome sînt: *disfuncţie minimală a creierului* şi *tulburarea deficitului de atenţie*. Caracteristicile tipice ale ADHD sînt prezentate în tabelul 7.

Estimările privind extinderea ADHD variază de la 1 la 20%. Băieţii par să depăşească fetele (raportul este de cinci la unu), însă acest lucru se întîmplă poate din cauză că fetele care suferă de această tulburare sînt mai puţin hiperactive în mod evident. Fetele tind să prezinte simptome mai subtile, cum ar fi neatenţia, tulburări ale vorbirii şi schimbări ale stării emoţionale care nu se identifică întotdeauna ca ADHD.

Comportamentul agresiv şi distructiv întîlnit adesea la copiii hiperactivi se dezvoltă de obicei mai tîrziu decît alte simptome şi poate fi în general un răspuns la sentimentele de frustrare ce rezultă din simptomele iniţiale. Copiii hiperactivi pot depăşi în timp, destul de greu, această tulburare, dar comportamentul lor tinde să se deterioreze înainte de a-şi reveni. Incapacitatea lor de a se concentra şi de a-şi pune ordine în gînduri conduce la rezultate slabe la şcoală, cu toate că sînt inteligenţi. Unii au dificultăţi la scris. Cînd ating vîrsta adultă, unele persoane hiperactive pot dezvolta comportamente infracţionale sau psihotice, deci este recomandat să încercaţi să soluţionaţi problema cît mai devreme.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 7. *Trăsături ale tulburării hiperkinetice cu deficit de atenţie (ADHD)*

Hiperactivitate, agitaţie
Incapacitatea de a sta într-un loc, agitaţie continuă
Concentrare deficitară, perioade de atenţie, incapacitatea de a termina ceva
Schimbări bruşte ale stării de spirit, imprevizibilitate, caracter exploziv
Predispoziţie pentru plîns, ieşiri emoţionale sau accese de furie
Implicarea în bătăi, agresivitate faţă de ceilalţi copii
Neacceptarea criticilor, depresie
Vorbire rapidă sau greu de înţeles
Iritabilitate frecventă şi indispoziţie
Predispoziţie la distragere, impulsivitate
Frustrare rapidă
Stîngăcie şi coordonare deficitară
Atingerea tuturor obiectelor şi stricarea lor cu uşurinţă
Absenţa ataşamentului faţă de alţii, imagine proastă de sine
Somn neodihnitor
Sete constantă

Cauzele ADHD

Una dintre primele teorii privind cauzele ADHD a pus această tulburare pe seama afectării creierului, însă cercetările nu au indicat nici o dovadă în acest sens. De fapt, problema pare să fie determinată genetic, adică tendinţa către ADHD se transmite de la părinţi la copii.

Un studiu efectuat în Canada a arătat că 20% din cazuri pot fi atribuite alergiei reale mediate de IgE la alimente. Din cazurile studiate se pare că cei mai mulţi sînt sensibili la o mare varietate de lucruri. Pe lîngă alergii IgE la elemente precum polenul şi praful, există adesea o reacţie de sensibilitate la aditivii alimentari şi/sau substanţele chimice din casă. Le vom analiza mai detaliat puţin mai tîrziu.

Copiii hiperactivi pot avea de asemenea deficienţe ale anumitor enzime care descompun componentele toxice existente în alimente sau produse de bacteriile naturale din intestin (flora intestinală – vezi capitolul 2). Se crede că atît IgE, *cît şi* deficienţele de enzime au o importanţă majoră în producerea simptomelor. Veţi găsi alte detalii privind posibilele deficienţe de enzime la pp. 343-344.

Rolul coloranţilor alimentari, al conservanţilor şi al altor aditivi în ADHD a fost dezbătut public. Ideea a fost făcută publică iniţial de către dr. Ben Feingold din San Francisco, care a sugerat de asemenea că şi aspirina poate fi responsabilă împreună cu compuşii salicilici naturali (elemente asemănătoare aspirinei) din fructe şi legume. Dieta sa – dieta Feingold – a exclus aceste elemente, doctorul pretinzînd că starea a 70% dintre copii s-a îmbunătăţit considerabil în urma acestui regim. Studiile suplimentare nu au sprijinit această afirmaţie, dar par să demonstreze că *există* un nivel modest de îmbunătăţire. Pentru un procent mic dintre aceşti copii, dieta Feingold produce o îmbunătăţire importantă.

Din studiile mai recente reiese că aditivii alimentari *au un rol important* în majoritatea cazurilor de ADHD, dar situaţiile în care aditivii reprezintă unica problemă sînt excepţionale. Majoritatea prezintă sensibilitate la alimente obişnuite şi intoleranţă la elementele chimice

Scanned with OKEN Scanner

sintetice întîlnite zilnic (cum ar fi solvenţii care se găsesc în multe dintre produsele moderne de curăţat şi produsele do-it-yourself, şi substanţele volatile din vopsele, plastic şi alte materiale sintetice). Rolul compuşilor salicilici naturali pare să fie minor.

Un procent cuprins între 50 şi 80% dintre copii răspund la evitarea alergenilor alimentari şi din aer, precum şi a aditivilor, cu toate că nu toţi se vindecă în totalitate. Sensibilitatea la produse chimice greu de evitat, cum ar fi solvenţii şi elementele contaminante ce se găsesc în gazele naturale, poate reprezenta o altă cauză în cazul anumitor pacienţi.

Într-un studiu recent efectuat în Marea Britanie, care s-a concentrat asupra alimentelor şi aditivilor, s-a descoperit o rată de „vindecare" de 80% în cadrul unui grup de băieţi delincvenţi hiperactivi. Au fost aleşi pentru acest studiu zece băieţi, cu vîrste între 7 şi 17 ani; ei au fost supuşi unei diete foarte stricte ce includea miel, curcan, legume şi fructe. Şase dintre aceştia şi-au îmbunătăţit considerabil starea într-un timp scurt, iar alţi doi au avut un comportament normal după trei săptămîni de dietă. Hiperactivitatea şi agresivitatea au dispărut, iar în cazul celorlalţi cinci care au continuat dieta tendinţa spre delincvenţă s-a diminuat.

Cu toate că teoria lui Feingold nu a fost exactă în totalitate, acesta a intuit că aditivii alimentari sînt dăunători – ei par să joace un rol disproporţionat în cazul hiperactivităţii în comparaţie cu alte tipuri de boli provocate de alimentaţie, cum ar fi eczema atopică. Acest lucru sugerează că deficienţele de enzime pot contribui la ADHD din cauză că un număr mare de aditivi trebuie să fie detoxifiaţi de organism prin intermediul enzimelor. Anumiţi aditivi pot de asemenea împiedica unele enzime să acţioneze corespunzător. Rolul aditivilor explică într-o anumită măsură de ce incidenţa ADHD pare să fi crescut extraordinar în ultimii 30-40 de ani – o perioadă care include răspîndirea junk-food, a alimentelor la pachet, livrate acasă, a felurilor de mîncare uşor de preparat şi a dulciurilor şi băuturilor pentru copii pline de coloranţi. Toate sînt bogate în coloranţi, arome, conservanţi şi alţi aditivi.

Recunoaşterea ADHD

Primul pas pentru orice părinte este de a decide dacă comportamentul copilului lor este într-adevăr anormal. După cum a subliniat şi profesorul Philip Graham de la Institutul pentru Sănătatea Copilului din Londra, „toţi copiii normali dau dovadă uneori de un grad de agresivitate, neascultare şi comportament antisocial; toţi au momentele lor de tristeţe, depresie, anxietate şi retragere socială. Toţi sînt uneori neobişnuit de activi şi distraşi. Ceea ce reprezintă o cauză de îngrijorare la un copil este gradul de persistenţă a comportamentului-problemă".

Cu toate că un copil ca Matthew prezintă în mod clar un comportament anormal, alţi copii cu ADHD pot fi doar uşor afectaţi. În asemenea cazuri poate fi destul de dificil să distingem ADHD de comportamentul „normal" – ieşirile emoţionale şi neascultarea pot fi cauzate de tensiuni în familie, lipsa disciplinei, un stil de viaţă dezordonat, dificultăţi la şcoală, prea mult timp petrecut în faţa televizorului, suprastimularea provocată de jocurile agresive pe calculator sau alte cauze. Este foarte tentant pentru părinţi să dea vina pe o cauză externă pentru comportamentul copilului lor atunci cînd factorul declanşator real se află în mediul domestic.

Din contra, unii părinţi cu o fire liniştită pot considera comportamentul plin de viaţă şi copilăresc drept „hiperactiv" cînd de fapt acesta este absolut normal. Părinţii nu sînt întotdeauna cei mai buni judecători ai problemelor cu care se confruntă copilul lor şi cea mai bună idee este să discutaţi problema cu un medic sau pediatru, fiind deschis la sugestii în privinţa cauzelor posibile ale problemei.

Scanned with OKEN Scanner

Chiar dacă copilul *prezintă* simptome de ADHD, problema poate fi mai degrabă emoţională decît legată de dietă, dar anumite indicii pot indica alimentaţia sau aditivii ca fiind iniţiatorii acestei tulburări. Simptomele fizice, cum ar fi durerile musculare, durerile de stomac, durerile de cap sau problemele intestinale, sînt de obicei însoţite de simptome psihice la aceia care sînt sensibili la ceva din dieta lor sau la alergenii şi elementele chimice din aer. (Reţineţi că aceste simptome pot fi de asemenea produse şi psihosomatic.) O faţă palidă, roşie sau cu pustule reprezintă alt indicator şi adesea setea constantă e prezentă la aceşti copii. În general, se pare că aceia care prezintă simptome asemănătoare cu cele ale alergiei - febra polenului, rinită alergică (curgerea sau înfundarea nasului frecvente), astm sau urticarie - sînt de departe cei mai predispuşi să răspundă la un tratament prin diete.

Diferenţele de comportament dintre casă şi şcoală nu sînt rare în cazul copiilor hiperactivi, dar acestea nu ajută la aflarea originii tulburării, dacă aceasta este cauzată de alimentaţie sau nu. Diferenţele pot apărea din cauza unor factori diferiţi. În primul rînd, percepţia părintelui şi cea a profesorului nu sînt întotdeauna similare: părinţii pot fi mai critici sau mai puţin critici cu comportamentul copiilor lor decît un profesor. Sau unul dintre aceste medii este mai suprastimulant pentru copil - o sală de clasă plină de alţi copii, cu postere colorate acoperind pereţii poate fi foarte atrăgătoare pentru un copil uşor hiperactiv, şi atunci acesta se comportă mai rău decît de obicei. Asemenea copii necesită şcoli speciale într-un spaţiu mai liniştit şi mai puţin stimulant. Copiii care se comportă bine la şcoală, însă acasă au un comportament anormal, pot răspunde tensiunilor din familie în acest fel sau pot găsi că e mai uşor să accepte disciplina de la şcoală într-o atmosferă mult mai formală.

Pentru unii copii, diferenţele de alimentaţie şi de expunere la elemente chimice dintre şcoală şi casă pot explica patternurile diferite ale comportamentului lor. E bine să verificaţi ce anume mănîncă copilul la şcoală la prînz sau cîte dulciuri consumă în pauze dacă comportamentul la şcoală este negativ. Copiii cu sensibilitate la elemente chimice pot să reacţioneze la substanţele folosite la curăţenie, dezinfectanţi, ceară pentru parchet, gaze din sistemul de încălzire, solvenţi eliminaţi de pixuri, carioci sau alte rechizite. În caz contrar, articolele din gospodărie, cum ar fi parfumurile, aerosolii şi sprayurile pentru interior, pot face copilul mai greu de controlat acasă decît la şcoală. Dar este bine să luaţi în considerare mai întîi alte explicaţii, deoarece - în general - problemele de familie reprezintă cauza mai frecventă pentru comportamentul negativ decît elementele chimice din gospodărie.

Poate fi vorba despre o alergie?

Cercetarea noastră a arătat că unii copii cu ADHD determinat de alimentaţie prezentau niveluri înalte de IgE pentru acelaşi aliment care cauzează şi problemele de comportament. În concluzie, se pare că uneori aceasta este chiar o alergie mediată de IgE.

Ce trebuie să faceţi în cazul apariţiei ADHD?

ADHD poate apărea la bebeluşi. Bebeluşii care dorm puţin şi plîng frecvent devin adesea hiperactivi. Dacă nu există motive evidente pentru ca bebeluşul să prezinte acest comportament anormal, atunci trebuie luat în considerare rolul dietei. Urmaţi indicaţiile generale pentru investigarea rolului dietei discutate în capitolul 16.

În cazul copiilor mai mari există probleme mai complexe ce trebuie luate în considerare înainte de a decide ce trebuie făcut. Dietele restrictive produc rupturi sociale şi uneori pot fi nepotrivite din punctul de vedere al nutriţiei, în special atunci cînd copilul este sensibil la

Scanned with OKEN Scanner

o mare varietate de alimente. În cazul tulburărilor de comportament uşoare poate fi mai bine să nu se recurgă la o dietă. Totuşi, în cazul unui copil cu comportament exagerat nu aveţi nimic de pierdut dacă încercaţi o dietă. Cu toate că poate părea imposibil să-l determinaţi să coopereze dat fiind comportamentul său general, nu trebuie să vă descurajaţi. Dacă răspunde, primele faze ale dietei pot produce o îmbunătăţire remarcabilă şi vor face ca fazele următoare să fie mult mai uşor de abordat. Aceşti copii se simt în general mult mai bine cu ei înşişi atunci cînd problemele par să se rezolve şi adesea vor fi surprinzător de cooperanţi în privinţa restricţiilor regimului alimentar.

Nu încercaţi nici un regim alimentar fără a consulta medicul de familie sau medicul specialist. Dacă copilul dumneavoastră se află sub monitorizarea unui psihiatru care nu este deloc de acord cu dieta, atunci rugaţi medicul de familie să vă facă trimitere la altcineva – un medic specialist alergolog, spre exemplu, sau un psihiatru mai experimentat – care e pregătit să supravegheze un diagnostic cu dietă prin eliminare.

Medicii specialişti pot avea propriile preferinţe în privinţa dietei, dar dacă acest lucru nu se întîmplă poate fi folosită dieta de eliminare şi diagnosticare în trei faze prezentată în capitolul 14. Atunci cînd ajung în faza a doua, copiii pot avea nevoie de un supliment de calciu pentru a compensa lipsa laptelui din dietă, iar medicul vă poate prescrie acest supliment. Copiii care au şi astm trebuie testaţi cu atenţie. Vezi capitolul 6 pentru a afla procedurile sigure de testare a copiilor cu eczemă atopică. *Orice copil care a suferit de reacţii alergice severe în trecut nu trebuie testat pentru alimentele respective, deoarece reacţia îi poate pune viaţa în pericol.*

Tabelul 8. *Exemplu de fişă de evidenţă pentru un copil cu ADHD*

Data: De la ..... La .....
Note: 5 = foarte rău, mult mai rău decît de obicei
4 = rău, mai rău decît de obicei
3 = aproximativ la fel ca de obicei
2 = puţin mai bine decît de obicei
1 = mult mai bine decît de obicei
0 = nici un semn al acestui comportament

	Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sîmbătă	Duminică
Agitaţie							
Agresivitate							
Plîns							
Suprastimulare							
Atingerea obiectelor							
Incapacitate de concentrare							
Dureri musculare							
Dureri de stomac							
Sete							
Anxietate							
Vorbire neclară							
Total							

Reţineţi că simptomele prezentate aici au rol de exemplu. Atunci cînd întocmiţi propriul tabel trebuie să includeţi toate simptomele copilului dumneavoastră, făcînd o listă corespunzătoare acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul medicamentos pentru controlul comportamentului, precum cel cu derivate din amfetamine (Ritalin), poate fi continuat în perioada dietei. Dacă apare o îmbunătăţire a comportamentului, încercaţi să întîrziaţi medicaţia sau să reduceţi cantitatea, dar monitorizaţi situaţia pentru a fi pregătit să măriţi doza în caz de necesitate. Medicamentele folosite în controlul unor simptome precum febra polenului trebuie întrerupte pe perioada dietei, dacă este posibil. *Menţionăm că trebuie să discutaţi cu medicul dumneavoastră în amănunt toate acestea înainte de a face vreo modificare în medicaţia copilului.*

Cu toate că unii copii vor prezenta un răspuns surprinzător de bun la dietă, alţii vor reacţiona mult mai subtil. Comportamentul negativ poate părea exagerat într-o zi în care apa din maşina de spălat s-a revărsat pe podeaua bucătăriei comparativ cu o zi în care totul a mers ca pe roate. Pentru a vă ajuta să evaluaţi reacţia copilului în mod obiectiv trebuie să păstraţi o fişă de evidenţă pentru fiecare zi. Un exemplu pentru această fişă este prezentat mai sus, însă simptomele menţionate în coloana din stînga pot varia de la copil la copil. Întocmiţi propria fişă şi faceţi suficiente copii pentru a vă ajunge pentru două sau trei săptămîni. Începeţi să completaţi cu cel puţin o săptămînă – de preferinţă mai mult – înainte de a începe dieta, pentru a avea un termen de comparaţie de la care să porniţi după începerea dietei. Acesta reprezintă un aspect foarte important al evaluării efectului dietei într-un mod cît mai obiectiv posibil, deci nu îl neglijaţi.

Completaţi fişa în fiecare seară după ce copilul s-a dus la culcare şi gîndiţi-vă cu atenţie la ce notaţi. Comparaţi comportamentul din ziua respectivă cu cel din ziua precedentă şi cel din zilele anterioare şi încercaţi să aplicaţi aceleaşi criterii de fiecare dată.

Veţi descoperi multe lucruri în perioada dietei, deci planificaţi-o în aşa fel încît să nu existe multe petreceri, ieşiri sau alte evenimente, în special în perioada de retestare.

Ţineţi minte întotdeauna că *dieta ar putea să nu fie soluţia.* Dacă vă puneţi toate speranţele în dietă, este posibil să credeţi că vedeţi îmbunătăţiri cînd de fapt acestea nu există, iar pe termen lung acest lucru i-ar putea dăuna copilului dumneavoastră. De asemenea, fiţi atent să nu daţi impresia copilului că „dieta va face ca totul să fie bine". Acesta ar putea fi atît de doritor să vă facă pe plac, încît va încerca din greu să facă totul mai bine. Pot apărea uşor reacţii psihogene la testarea alimentelor (vezi p. 330), şi atunci cînd copilul este conştient că se aşteaptă să reacţioneze prost la lapte ar putea să vă facă pe plac. Pe perioada dietei încercaţi să fiţi deschis în privinţa rezultatului şi nu influenţaţi copilul în legătură cu ceea ce se poate întîmpla.

Pe de altă parte, aveţi nevoie de cooperarea copilului, în special dacă acesta este destul de mare ca să meargă să cumpere dulciuri sau alte alimente. Decît să îl forţaţi să accepte dieta, mai bine îi explicaţi că aceasta l-ar putea ajuta; întrebaţi-l dacă vrea să încerce. Trebuie să-l convingeţi că dieta va funcţiona numai dacă e efectuată corect – că nu trebuie să existe în nici un caz înşelătorii.

Deoarece aditivii alimentari sînt atît de importanţi în cazul ADHD, trebuie să cunoaşteţi şi alte căi în care aceştia pot fi ingeraţi. Coloranţii din pasta de dinţi sînt identici cu anumiţi coloranţi alimentari, deci ar trebui să folosiţi o pastă de dinţi albă. Nu lăsaţi la îndemînă pastă de dinţi colorată. Medicamentele conţin de asemenea coloranţi, adesea în cantităţi destul de mari, de aceea ar trebui să nu-i daţi copilului siropuri sau tablete pe perioada dietei (dacă şi medicul este de acord) sau să luaţi medicamente alternative fără coloranţi (vă pot ajuta farmaciştii). Încercaţi să opriţi copilul să mestece diverse lucruri sau să lingă hîrtie cu lipici sau timbre. Ţineţi minte că pot exista aditivi şi în alimentele neetichetate, cum ar fi produsele de patiserie, cartofii prăjiţi cu peşte sau alimentele luate la pachet şi din restaurante -- de exemplu, cartofii pai. Pentru mai multe detalii privind aditivii vezi anexa 4.

Scanned with OKEN Scanner

Timpul de răspuns la dietă variază. Majoritatea copiilor îşi revin într-o săptămînă sau două de la începerea dietei, însă alţii au nevoie de trei săptămîni. Alimentele ar trebui testate o singură dată, atunci cînd există îmbunătăţiri evidente şi continue. Dacă acestea nu apar, reveniţi la dieta normală şi luaţi în considerare alte opţiuni. În cazul copilului dumneavoastră poate fi vorba despre o sensibilitate chimică. Fiţi pregătit să luaţi din nou în considerare posibilitatea stresului şi încordării emoţionale.

Procedura pentru testarea alimentelor este ajustată în funcţie de modele de răspunsuri tipice găsite la ADHD. Cu toate că unii copii trebuie să consume o săptămînă alimentul dăunător pentru a obţine un răspuns evident la acesta, acest lucru este destul de neobişnuit. Perioada de răspuns este de obicei cuprinsă între 15 minute şi patru ore. Alimentele reintroduse ar trebui administrate dimineaţa şi din nou după-amiaza dacă nu există nici o reacţie sau există doar o reacţie minoră la prima ingerare.

Copiii trebuie să mănînce o porţie normală, cu excepţia celor care au astm sau episoade de urticarie acută. În aceste cazuri, trebuie încercată o cantitate foarte mică la început, pentru a nu apărea o reacţie severă. Testele pentru braţe, obraji şi buze (vezi pp. 111-112) reprezintă de obicei o metodă de precauţie pentru aceşti copii.

În cazul în care pînă în dimineaţa următoare nu există nici o reacţie la alimentul respectiv, acesta poate fi inclus în dietă şi puteţi începe testarea unui nou aliment. Ca întotdeauna cînd este vorba despre o dietă de eliminare, e important să nu-i daţi copilului o cantitate mare dintr-un singur aliment.

Presupunînd că dieta este eficientă şi descoperiţi ce alimente sau aditivi creează probleme, trebuie să efectuaţi un plan de acţiune. Repetăm, trebuie să discutaţi acest lucru cu medicul dumneavoastră. Evitarea alimentelor-problemă se poate dovedi destul de dificilă, în special la şcoală sau cu prietenii copilului, şi ar trebui să luaţi în considerare şi alte opţiuni, în special atunci cînd copilul nu este afectat extrem de tare şi dacă reacţionează la o varietate mare de alimente. Medicamentele reprezintă o opţiune şi ar trebui să discutaţi argumentele pro şi contra cu medicul dumneavoastră.

Dacă decideţi să urmaţi o dietă de evitare, reţineţi că sensibilitatea copilului poate dispărea în timp. Alimentele dăunătoare trebuie retestate la intervale de un an sau doi pentru a vedea dacă produc aceleaşi simptome.

Cu toate că majoritatea copiilor se simt bine atît timp cît păstrează regimul, cîţiva dintre aceştia par să recadă fără nici un motiv aparent. Se poate să dezvolte noi sensibilităţi alimentare sau să devină sensibili la elemente chimice sintetice întîlnite zilnic. În general, orice copil cu ADHD este posibil să se simtă mai bine dacă expunerea la chimicalele sintetice poate fi minimalizată. Copiii trebuie încurajaţi să facă multe exerciţii fizice şi să mănînce alimente sănătoase.

„Nu pot să cred ce schimbare s-a petrecut..."

David era foarte agitat ca bebeluş şi dormea puţin. Pînă în momentul în care a început să meargă a reprezentat o grijă permanentă pentru mama sa, deoarece „făcea de toate" şi nu putea fi lăsat singur nici măcar un minut. Pregătirea pentru somn seara era aproape imposibilă şi, dacă era forţat să facă un lucru pe care nu voia să-l facă, avea crize violente. Ca multor copii, lui David îi plăceau dulciurile şi îngheţata, sucul de portocale, ciocolata şi chipsurile. Deoarece avea doar trei ani era foarte uşor să excludă din dieta sa aceste alimente şi altele alimente comune, cum ar fi laptele şi ouăle. După aceasta s-a produs o îmbunătăţire extraordinară. A început să doarmă toată noaptea şi a devenit mai puţin activ – pentru prima dată putea sta jos şi urmări un program de televiziune de la început pînă la sfîrşit. După zece zile de la începerea acestei diete a fost testat pentru diferite alimente. După ce a mîncat o bucăţică mică de ciocolată a

Scanned with OKEN Scanner

devenit agresiv şi a început să alerge prin casă, trîntind uşile şi lovind mobila. Apoi a ameţit şi a căzut într-un somn ce a durat cîteva ore. O reacţie similară a apărut atunci cînd a încercat zahăr, lapte şi portocale. Prin evitarea acestor alimente s-a produs o îmbunătăţire remarcabilă în comportamentul său. „Nu pot să cred ce schimbare s-a petrecut cu el", spune mama sa. „Viaţa noastră de familie a devenit mult mai uşoară şi mai fericită."

O problemă cu cofeina

Sean, în vîrstă de 13 ani, era pe punctul de a fi exmatriculat de la şcoală pentru comportamentul său agresiv, temperamentul de necontrolat şi vandalism. Cu toate că era în mod evident inteligent, el nu se putea concentra în clasă şi deranja alţi elevi. A fost trimis la un psiholog, dar nici una din formele de terapie pe care le-a încercat nu a dat rezultate. Apoi, din pură întîmplare, un psiholog a descoperit că Sean bea bidoane întregi de cola pe zi şi mînca o cantitate uriaşă de ciocolată. Sean a recunoscut că are o stare febrilă şi nu se simte bine atunci cînd nu bea cola timp de cîteva ore.

Psihologul l-a trimis pe Sean la un medic specialist alergolog, care a descoperit că băiatul suferea de asemenea de dureri de stomac şi nasul îi curgea continuu. Prin eliminarea băuturii cola şi a ciocolatei din dieta sa, Sean şi-a revenit şi simptomele fizice au dispărut, iar comportamentul său s-a îmbunătăţit considerabil. I s-a permis să rămînă la şcoală şi să înceapă să recupereze cunoştinţele pe care nu le asimilase. După cinci ani el se simte bine – cu toate că trebuie să nu mănînce ciocolată şi să bea cola –, fiind pe punctul de a intra la universitate. Nu toţi copiii agresivi şi hiperactivi răspund atît de bine la dietă, dar un procent semnificativ dintre aceştia are rezultate bune. Mai multe detalii privind sensibilitatea la cofeină şi un ghid pentru conţinutul de cofeină al diverselor băuturi răcoritoare găsiţi la p. 234.

Nu vă e de nici un folos să daţi vina pe mîncare pentru problemele emoţionale

Lui Stephen îi curgea nasul continuu şi avea crize ocazionale de „dureri de burtă". Nu a fost niciodată foarte bine educat, dar după ce părinţii săi s-au separat a devenit mult mai agresiv. Atunci cînd un profesor l-a descris drept „hiperactiv", mama sa, Angela, a crezut că alimentele sau aditivii alimentari sînt de vină. Ca urmare, a încercat o dietă alimentară de eliminare cu Stephen. Nasul lui a părut să se cureţe şi în general se simţea mai bine. Angela a crezut de asemenea că şi comportamentul său s-a îmbunătăţit, cu toate că profesorii nu erau de aceeaşi părere.

Faza de testare a dietei prin eliminare nu a mers deloc uşor, pentru că Stephen nu a fost cooperant. Ca rezultat – şi din cauză că orice comportament negativ era luat drept reacţie pozitivă de către Angela –, băiatul părea sensibil la numeroase alimente şi aditivi încercaţi. Angela a întocmit o dietă foarte strictă pe baza acestor teste şi a convins personalul şcolii să îi ajute pe ea şi pe Stephen să respecte dieta. Dar a avut mai puţin succes cu tatăl lui Stephen, Bob, care îl lua pe Stephen la el cîte un weekend în fiecare lună.

Lui Bob îi plăcea să îl alinte pe Stephen, deoarece îl vedea foarte puţin. Îl lăsa să mănînce toate alimentele care erau interzise acasă la mama – ciocolată, chipsuri, băuturi răcoritoare etc. Atunci cînd Stephen se întorcea acasă, de obicei iar îi curgea nasul şi se comporta foarte urît. Angela considera aceste lucruri rezultate ale abaterii de la dietă, ignorînd faptul că mulţi copii ai căror părinţi s-au despărţit sînt supăraţi după ce îl vizitează pe celălalt părinte şi devin dificili şi agresivi după aceste vizite. Angela nu a vrut să recunoască că despărţirea părinţilor l-a afectat pe Stephen foarte tare, deoarece acest lucru ar fi făcut-o să se simtă vinovată că nu a păstrat familia unită.

Scanned with OKEN Scanner

A devenit din ce în ce mai furioasă pe Bob, deoarece acesta nu lua dieta în serios, şi a încercat să întrerupă vizitele lunare. De mult dorise oricum să întrerupă de tot legăturile cu Bob, ca urmare conflictul din cauza dietei a devenit un mijloc pentru a face acest lucru. Ignorînd dovezile ce arătau că majoritatea problemelor băiatului erau probabil emoţionale – se comporta destul de rău mai tot timpul, indiferent de ceea ce mînca –, convingerea ei era că alimentele şi aditivii îl făceau pe Stephen hiperactiv, şi această convingere era de neclintit. Angela avea un motiv ascuns pentru convingerea ei oarbă şi, din păcate, acest lucru a devenit un obstacol în căutarea problemei reale ce stătea la baza comportamentului lui Stephen.

Există vreo legătură între hiperactivitate şi enzime?

O descoperire legată de deficitul de enzime este deosebit de interesant, deoarece ar putea explica legătura dintre hiperactivitatea copiilor şi coloranţii alimentari. Copiii hiperactivi par să aibă deficienţe ale enzimelor cunoscute sub numele de fenosulfotranferază-P sau PST-P. Această enzimă detoxifiază diferiţi compuşi, incluzînd o substanţă numită *p-cresol* care este produsă de bacteriile din intestin. Nimeni nu are idee cum ar putea p-cresolul să provoace hiperactivitate, dar acesta este un fenol şi fenolii pot deveni toxici.

Ceea ce este interesant la PST-P e faptul că poate fi inhibat de anumiţi coloranţi alimentari – cu alte cuvinte enzima nu mai poate acţiona dacă sînt prezenţi coloranţii alimentari. Dacă un copil normal şi sănătos ingerează coloranţi de acest fel în cantitate moderată, acest lucru nu determină nici o reacţie, deoarece enzima PST-P este activă în întregime. Dar, în cazul unui copil cu deficienţă de PST-P, aceeaşi cantitate de coloranţi poate reduce nivelul activităţii enzimei PST-P spre valori anormal de mici.

Cercetări recente ale profesorului John Warner de la Imperial College, Londra, şi ale profesorului Jim Stevenson şi ale echipei sale de psihologi de cercetare de la Universitatea Southampton au adus noi informaţii în această privinţă. Ei au studiat două grupuri de copii obişnuiţi care nu prezentau probleme particulare de comportament – în vîrstă de trei ani şi de opt-nouă ani.

La începutul experimentului, părinţii au avut sarcina de a elimina toate alimentele cu aditivi din dieta copiilor timp de şase săptămîni. Apoi a început perioada de testare. Copiilor li s-au dat sucuri ce conţineau un set de coloranţi obişnuiţi şi elementul de conservare benzoat de sodiu. Coloranţii artificiali erau aproximativ echivalenţi cu ingerarea a 56 mg de dulciuri pe zi (în plus fără nici un alt aliment ce conţine aditivi).

În unele săptămîni, băutura ce conţinea aditivi trebuia băută în fiecare zi timp de o săptămînă. În alte săptămîni, o băutură care arăta şi avea gust identic, dar nu conţinea aditivi trebuia consumată în fiecare zi. Toate băuturile erau în sticle cu etichete codate în aşa fel încît copiii să nu observe care era săptămîna cu aditivi şi care era cea fără aditivi. Profesorii şi părinţii copiilor trebuiau să înregistreze comportamentul acestora pe perioada testării.

Înregistrările făcute pe perioada în care copiii consumau băutura cu aditivi sugerau comportamente negative. Făcînd o medie a rezultatelor pe întregul grup şi folosind o unitate de evaluare standard, deteriorarea comportamentului copiilor era de aproximativ 10%, diferenţa fiind între un copil cu comportament ireproşabil şi un copil cu ADHD. Însă aceasta reprezintă o medie. Cercetătorii au observat că unii copii se comportau mult mai rău decît alţii în săptămîna cu aditivi – aceştia erau mult mai sensibili la efectele aditivilor. Acest lucru sugerează că diferenţele individuale ale nivelurilor de enzime pot într-adevăr să fie importante pentru modul cum acţionează coloranţii din mîncare asupra copiilor.

Reţineţi totuşi că suplimentele de enzimă PST-P, acum în magazine, pentru copii cu ADHD s-ar putea să nu ajute. Enzima este produsă în mod natural în ficat şi necesită

Scanned with OKEN Scanner

condiţii specifice pentru a acţiona (asemenea tuturor enzimelor, de altfel – vezi pp. 23-24). Administrarea acesteia pe cale orală înseamnă că va fi digerată cu mult înainte să ajungă în aproprierea ficatului.

Există o legătură între autism şi dietă?

Ne propunem să discutăm pe larg această problemă în ediţiile următoare ale cărţii. Acum vă prezentăm un scurt rezumat privind această problemă.

Copiii cu autism instalat tîrziu – de la 12 luni la un copil normal anterior – şi care prezintă unele simptome ce afectează sistemul digestiv (cum ar fi diareea) vor răspunde cel mai probabil la un tratament bazat pe diete. S-a arătat că dietele prin eliminare pentru diagnosticare pot fi de ajutor pentru unii dintre aceşti copii, iar atunci cînd sînt testate alimentele se pare că laptele şi grîul sînt cele mai frecvente alimente-problemă.

Experienţele cu pacienţi individuali (care nu reprezintă, desigur, o dovadă clară) sugerează că se pot observa îmbunătăţiri la orice vîrstă dacă se apelează la o dietă prin eliminare. Brenda O'Reilly de la Societatea de Caritate Autism Unravelled a fost martora unor îmbunătăţiri prezentate de adulţi în jur de 40 de ani. Însă în general se ştie : cu cît se începe dieta mai devreme, cu atît sînt mai bune rezultatele.

Dr. Michael Tettenborn, pediatru consultant la Spitalul Frimley Park din Surrey, interesat în mod special de aceşti pacienţi, spunea : „Am propus două metode iniţiale pentru aceşti copii care prezintă un pattern regresiv de autism – prin aceasta mă refer la copiii cu dezvoltare normală pînă la aproximativ 12-18 luni, punct în care dezvoltă caracteristici clare de autism. Aceste intervenţii se bazează pe mulţi ani de experienţă clinică cu pacienţi autişti, cu toate că acum există dovezi individuale ce sprijină dieta fără gluten şi cazeină. Această dietă este prima mea opţiune : fără gluten şi cazeină, dar de asemenea fără aspartam, alţi îndulcitori, glutamat de monosodiu şi în mod ideal fără soia. Efectele acestei diete ar trebui să fie evaluate în minimum şase săptămîni şi trebuie combinate cu un registru dietă/simptom pentru a identifica orice alte elemente care provoacă simptomele. A doua opţiune ar fi dieta săracă în zahăr şi în fermenţi combinată cu tratament specific antifungic. Acesta necesită titrarea foarte atentă a dozelor de medicamente antifungice. Uneori ambele opţiuni pot fi combinate, dar acestea trebuie iniţiate separat, în aşa fel încît să poată fi identificate efectele fiecăreia. Toate aceste diete necesită cu siguranţă ajutor profesionist de la un nutriţionist. Sînt foarte îngrijorat că unele sfaturi date de alţii în legătură cu acest subiect pot conduce la trecerea copiilor pe o dietă neadecvată din punct de vedere nutriţional".

Evitarea glutenului (proteina care se găseşte în grîu, secară şi orz) şi a cazeinei (una dintre proteinele importante din lapte) poate fi utilă uneori, deoarece reduce eliberarea exorfinelor din alimente. Exorfinele sînt molecule asemănătoare chimic cu substanţele pe care le produc toţi oamenii pentru controlul durerii şi cu morfina (vezi p. 30). Există exorfine produse de colapsul metabolismului din cauza grîului şi a cazeinei – cunoscute sub numele de glutenomorfine şi casomorfine. Au fost efectuate studii pentru a testa această teorie folosind un element antimorfină (naloxon) în cazul copiilor cu autism. S-a observat o anumită îmbunătăţire pe termen scurt care susţine ipoteza rolului exorfinelor, cu toate că nu reprezintă o dovadă sigură. Naloxonul nu poate fi folosit pentru un tratament pe termen lung.

Au existat de asemenea studii privind suplimentul de enzime în cazul copiilor autişti ce au avut rezultate bune.

Scanned with OKEN Scanner

Reducerea riscului sensibilității alimentare în cazul copiilor

Dacă copilul dumneavoastră prezintă sensibilitate la alimente, fără îndoială speraţi că există căi de a reduce riscul apariţiei acesteia şi la următorii copii pe care vi-i doriţi. Există lucruri pe care le puteţi face pentru a scădea şansele de apariţie a sensibilităţii, dar acestea nu vă garantează că următorii copii chiar nu vor avea alergii.

Unul din cele mai folositoare lucruri pe care le puteţi face este să nu introduceţi hrana solidă sau alte alimente prea repede. Sistemul digestiv şi sistemul imunitar ale bebeluşului nu seamănă deloc cu acelea ale unui copil mai mare sau ale unui adult. În primul rînd, stomacul produce puţin acid şi nu digeră proteinele cum trebuie. Nu există deloc anticorpii numiţi IgA-secretor pe care îi posedăm ca adulţi şi care se prind de moleculele de hrană, blocînd reacţiile imunitare împotriva acestora. Iar intestinul unui bebeluş permite ca prin peretele său să treacă proteine intacte în număr foarte mare spre sistemul vascular. Laptele matern este foarte bine adaptat în acest sens (vezi pp. 38-39), iar bebeluşii sînt foarte bine adaptaţi la laptele mamei. Bebeluşii au un sistem digestiv şi un sistem imunitar foarte bine adaptate la hrana ce provine doar din laptele matern timp de cîteva luni – acesta este efectul evoluţiei asupra noastră şi nu sîntem pregătiţi pentru diferite tipuri de alimente la o vîrstă fragedă.

Un studiu efectuat pe 1.200 de bebeluşi din Noua Zeelandă şi care a continuat să fie efectuat pe perioada copilăriei acestora a arătat consecinţele nefaste ale introducerii hranei solide mult prea repede: orice aliment în plus consumat înainte de vîrsta de patru luni a mărit şansele apariţiei eczemei atopice la vîrsta de zece ani. Cei care mîncau patru sau mai multe tipuri de hrană solidă înainte de vîrsta de patru luni erau *de trei ori* mai înclinaţi să prezinte eczemă atopică la vîrsta de zece ani.

Dezavantajele formulei de lapte cu soia

Hrănirea copiilor cu formula de lapte cu soia nu previne apariţia bolilor alergice, nici măcar într-o proporţie mai mare decît formula ce conţine lapte de vacă. De asemenea, poate duce la sensibilitate la soia şi la alergie la alune. Dacă nu puteţi să alăptaţi, se recomandă o formulă de lapte hidrolizat extensiv atît pentru prevenirea predispoziţiei la sensibilitatea alimentară, cît şi ca tratament pentru copiii ce care deja au dezvoltat o reacţie de sensibilitate la proteinele din laptele de vacă.

În plus – şi aceasta este o cu totul altă problemă –, dieta poate avea o influenţă mult mai generală asupra felului în care răspunde sistemul imunitar la mediul înconjurător. Acest aspect îi afectează pe toţi cei care sînt sensibili în condiţii ce predispun la alergie. Alimentaţia sănătoasă – cu multe fructe şi legume şi fără exces de carne sau grăsimi – poate face ca organismul să fie mai puţin predispus la inflamaţii din cauza iritanţilor, alergenilor sau a altor factori nocivi la care este expus. Acest lucru ar putea fi important în special în prevenirea dezvoltării eczemei atopice şi a astmului.

Scanned with OKEN Scanner

Pot fi prevenite alergiile la alune?

Atît părinţii, cît şi medicii doresc să reducă riscul dezvoltării alergiei la alune, deoarece aceasta poate fi foarte periculoasă. Numărul din ce în ce mai mare al persoanelor cu alergii severe la alune a contribuit la creşterea interesului pentru această problemă şi la efectuarea a numeroase cercetări ştiinţifice.

Totuşi, recomandările oficiale au fost într-o anumită măsură exagerate în acest caz, mamele fiind sfătuite să evite alunele în timpul sarcinii şi alăptării şi să nu le dea copiilor alune pînă la vîrsta de 3 ani. În anii '90, cînd a fost făcută publică, această recomandare părea un sfat de bun-simţ, dat fiind faptul că sensibilitatea cea mai mare se manifestă în primii ani de viaţă. Dar, după studiile efectuate ulterior, se pare că evitarea alunelor duce mai degrabă la mărirea procentului de alergii la alune, şi nu la scăderea acestuia.

Cercetări recente au arătat că sensibilitatea poate apărea la nivelul pielii din cauza unor alergeni, în special la alune. Un studiu efectuat în rîndul unor copii englezi de profesorul Gideon Lack de la Spitalul St. Thomas din Londra arată că cei care au folosit creme medicinale cu ulei de arahide (un ulei rafinat din alune) erau de aproximativ şapte ori mai înclinaţi să dezvolte alergie la alune decît copiii care nu fuseseră niciodată expuşi la acest tip de factor. Expunerea la uleiul de arahide prin zgîrieturi sau inflamaţii ale pielii poate creşte riscul alergiei în mod deosebit – iar acest tip de ulei nu a mai fost folosit în unele creme emoliente şi de protecţie destinate erupţiilor şi eczemei atopice, cum ar fi crema cu zinc şi unguentul cu zinc şi ulei de castor. (În ciuda acestor rezultate, aceste două preparate încă mai conţin ulei de arahide – mai mult de 30% din conţinut.)

Totuşi, există ţări în care se înregistrează procente la fel de mari de alergii la alune şi în care nu sînt folosite creme cu ulei de arahide în tratamentul pielii pentru eczemă atopică, deci problema nu este doar aceasta.

O dovadă interesantă a venit din studierea procentului de alergii la alune în diverse ţări. Există zone în care alunele reprezintă o parte a dietei de fixare, cum ar fi Indonezia, China şi unele regiuni din Africa de Vest. Alunele fierte şi pisate reprezintă un tip de mîncare foarte popular pentru înţărcarea copiilor în aceste zone, însă alergia la alune este extrem de rară. Bineînţeles, după cum vă imaginaţi, alergiile sînt în general necunoscute sau foarte rare în cazul populaţiilor rurale din ţările sărace în comparaţie cu ţări ca Marea Britanie, şi acest lucru ar putea să explice parţial diferenţa. Totuşi, copiilor mici li se dau alune şi în Israel, o ţară cu un stil de viaţă în general occidental – şi procentul de alergie la alune este foarte mic şi acolo.

Se pare că totuşi alunele oferite copiilor în Israel sînt *fierte*. Direcţii diferite de cercetare au dezvăluit că orice tip de prăjire creşte potenţialul alergiei la alune în mod considerabil (iar alunele uscate şi prăjite au un potenţial mai mare de a conduce la alergie decît alunele normale prăjite). Aproape toate alunele consumate în Occident sînt prăjite, iar prăjirea este o parte a procesului de producere a untului de arahide. Alunele gătite (de exemplu, în China) sînt preparate la temperaturi mai mici decît alunele prăjite din Vest şi nu prezintă un potenţial mare de a provoca alergii în comparaţie cu alunele fierte.

Cumulînd aceste dovezi, cea mai bună teorie în acest moment este că sensibilitatea la alune este favorizată de expunerea regulată a pielii la o vîrstă fragedă, fără o expunere simultană prin intermediul hranei. (În ţările care nu produc creme pentru eczemă atopică cu ulei de arahide contactul se face probabil prin intermediul părinţilor, fraţilor şi mobilei – cercetările din Statele Unite au arătat că riscul de alergie la alune ce se dezvoltă la copiii mici este proporţional cu cantitatea de alune consumată în locuinţa respectivă.)

Scanned with OKEN Scanner

În concluzie, pe baza dovezilor *actuale*, vă prezentăm un program pentru a reduce riscul dezvoltării alergiei la alune:

- continuaţi să mîncaţi alune în timpul sarcinii şi alăptării;
- dacă nu alăptaţi, nu folosiţi formula de lapte cu soia, deoarece unele studii sugerează că aceasta poate creşte riscul sensibilităţii la alune;
- introduceţi cantităţi mici de alune gătite sau fierte atunci cînd copilul are peste şase luni (ideal în timp ce încă alăptaţi, deoarece alte dovezi sugerează că alăptatul sprijină toleranţa orală);
- evitaţi folosirea cremelor care conţin ulei de arahide (cremă cu zinc, unguent cu zinc şi ulei de castor etc.);
- între naştere şi perioada în care copilul începe să fie hrănit cu alimente solide ce conţin alune nu lăsaţi pielea copilului să intre în contact cu alergenii alunelor – părinţii şi fraţii trebuie să se spele pe mîini (cu apă şi săpun, nu doar cu apă) după ce au mîncat alune şi înainte de a atinge bebeluşul;
- nu introduceţi în dieta copilului alune prăjite (aceasta înseamnă toate tipurile normale de alune vîndute pe piaţă, inclusiv untul de arahide) şi nu-i daţi niciodată copilului alune uscate prăjite.

Pentru a hrăni copilul cu alune care nu sînt prăjite trebuie să le cumpăraţi cînd sînt încă în coajă şi să le preparaţi prin fierbere şi zdrobire sau prin gătirea lor.

Reducerea riscului bolii celiace

Un copil născut într-o familie în care unii membri suferă de boala celiacă sau dermatită herpetiformă poate fi testat la naştere folosind sîngele din cordonul ombilical pentru a vedea dacă există genele care îl fac sensibil la astfel de boli. Acest test genetic poate fi efectuat atunci cînd copilul este mai mare. Dacă testul genetic este pozitiv, aveţi un motiv în plus ca la momentul înţărcării copilului să luaţi măsuri pentru a minimaliza riscul dezvoltării bolii. Pentru această perioadă, vă recomandăm să nu hrăniţi copilul cu grîu înainte de vîrsta de patru luni, dar să introduceţi grîul înainte de împlinirea a şapte luni în timp ce continuaţi să alăptaţi. Expunerea la grîu pe lîngă laptele matern poate educa sistemul imunitar al copilului să tolereze alimentul. Dacă nu puteţi efectua testul genetic, dar ştiţi că în familia dumneavoastră sînt cazuri de boală celiacă, puteţi totuşi să urmaţi această recomandare.

Pentru mai multe informaţii despre boala celiacă şi testele genetice care indică susceptibilitatea la această boală vezi capitolul 7.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 1

Verificarea etichetelor alimentelor: sinonime ale ingredientelor alimentare

Următoarele sinonime pot fi folosite pe etichetele alimentelor:

Adaos de cereale	De obicei grîu
Aglutinant de cereale	De obicei grîu
Amidon alimentar	De obicei grîu sau făină de porumb (porumb)
Amidon comestibil	De obicei grîu sau făină de porumb (porumb)
Amidon din cereale	De obicei grîu sau făină de porumb (porumb)
Amidon din porumb	Făină de porumb (porumb)
Amidon modificat	De obicei grîu sau făină de porumb (porumb)
Amidon vegetal	Poate fi soia sau porumb
Amidon	De obicei grîu sau făină de porumb (porumb)
Caseină, caseinat	Lapte
Dextroză	Un tip de zahăr derivat din porumb
Făină integrală de porumb	Făină de porumb
Făină	De obicei făină de grîu
Ferment	Drojdie
Fructoză	Un tip de zahăr
Gelatină vegetală	Poate fi soia sau făină de porumb (porumb)
Lactalbumină	Lapte
Lactoză	Zahăr din lapte
Lecitină	De obicei ouă sau soia, rareori arahide
Maltoză	Un tip de zahăr
Miso	Soia
Ovalbumină	Ou
Praf de copt	Poate conţine porumb sau grîu
Proteine din cereale	De obicei grîu
Proteine hidrolizate	De obicei fermenţi
Proteine vegetale hidrolizate	De obicei fermenţi
Proteine vegetale structurate	Soia
Proteine vegetale	De obicei soia
Sirop de glucoză	Un tip de zahăr, de obicei derivat din porumb (porumb)
Sirop de porumb	Făină de porumb
Sucroză	Zahăr
Tofu	Soia
Ulei de alune de pămînt	Arahide
Ulei vegetal	De obicei un amestec de uleiuri, adesea incluzînd ulei de porumb
Zer	Lapte

Unele alimente cu eticheta „fără zahăr" conţin sirop de mere care poate fi considerat un echivalent al zahărului, deoarece sucul de mere foarte concentrat este folosit pentru îndulcirea produselor.

Conform unei reglementări europene, toate săpunurile, cremele şi cosmeticele trebuie să aibă o listă completă de ingrediente. Pentru a depăşi barierele lingvistice, denumirea lor este cea din latină. (Doar persoanele cu o alergie reală, care le poate pune în pericol viaţa, trebuie să evite astfel de produse.)

Arachis hypogaea, Arachis oil	Ulei de arahide
Corylus americana	Alună turcească
Corylus avellana	Alună turcească
Corylus rostrata	Alună turcească
Bertholletia excelsa	Nucă braziliană
Gadi iecur.	Ulei din ficat de cod
Juglans nigra	Nucă
Juglans regia	Nucă
Lac.	Lapte
Ovum	Ou
Piscum iecur.	Ulei amestec de peşte
Prunus amara	Migdală amară
Prunus dulcis	Migdală dulce
Sesamum indicum	Susan

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 2

Evitarea alimentelor-problemă şi înlocuitori pentru alimentele obişnuite

Unele alimente sînt relativ uşor de evitat, însă în privinţa altora, cum ar fi grîul, porumbul, laptele, ouăle şi soia, atît de des folosite în semipreparate, trebuie să fiţi în permanenţă vigilent, astfel încît să nu le consumaţi din neatenţie. Identificaţi ingredientul pe care trebuie să-l evitaţi şi familiarizaţi-vă cu toate alimentele în care ar putea figura ca ingredient ascuns. Învăţaţi sinonimele utilizate pe etichetele alimentare, astfel încît să le puteţi identifica în produsele ambalate.

Dacă aveţi o alergie serioasă la un aliment oarecare, cu simptome precum furnicături sau umflarea buzelor, senzaţie de furnicături în gură, urticarie (erupţie) sau dificultăţi în respiraţie după consum, trebuie să fiţi foarte atent atunci cînd citiţi etichetele alimentelor. Expunerea ulterioară la aliment poate provoca o reacţie violentă, cunoscută sub numele de şoc anafilactic, care uneori este fatală. Reţineţi că aceste liste NU SÎNT COMPLETE – ele sînt doar un ghid. Trebuie să fiţi întotdeauna atent la toate alimentele şi să nu vă bazaţi pe faptul că ele sînt sigure doar pentru că nu au fost menţionate aici.

Găsirea unor înlocuitori pentru alimentele de bază, cum ar fi laptele şi grîul, poate fi dificilă. În fiecare listă veţi găsi un ghid cu înlocuitori pentru alimentele pe care trebuie să le evitaţi. Mai multe informaţii despre alternativele alimentare şi modurile de preparare sînt oferite în partea a doua a anexei (începînd cu p. 363).

Fiţi atent la posibilitatea unor reacţii încrucişate la alimentele înrudite. Anexa 3 vă oferă informaţii despre relaţia dintre alimentele de origine vegetală şi cele de origine animală. Cu toate acestea, nu trebuie să vă îngrijoraţi foarte tare în legătură cu reacţiile încrucişate, deoarece apar la puţine persoane.

Arahidele

Surse:

DACĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA ARAHIDE, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE O LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Untul de arahide

Sos Satay (satay de pui) şi multe alte feluri de mîncare thailandeze

Pot fi un ingredient ascuns în:

O largă varietate de alimente, în special biscuiţi, prăjituri, fursecuri, gustări picante şi deserturi.

Untul de arahide poate fi folosit în cantităţi mici în prăjituri, biscuiţi şi dulciuri.

Produsele de brutărie vîndute la bucată, fără o etichetă pe care să fie trecute ingredientele, trebuie să fie mereu suspectate ca avînd în compoziţie arahide.

Chiar şi produsele de brutărie care nu trebuie să conţină arahide pot avea urme de arahide din instalaţiile de omogenizare.

Multe sosuri din curry, unele rulouri cu ou chinezeşti, unele sosuri picante. Dacă prezentaţi simptome ale unei alergii severe la arahide (de exemplu, furnicături sau umflături ale buzelor, urticarie sau dificultăţi în respiraţie), trebuie să fiţi foarte atent la mîncarea servită în restaurante sau cafenele şi să citiţi cu atenţie etichetele de pe alimentele ambalate. De asemenea, fiţi atent la petreceri. Multe persoane alergice la arahide nu reacţionează la uleiul de arahide nerafinat, dar dacă aţi avut o reacţie severă la arahide este bine să fiţi precaut în legătură cu acest ulei (vezi p. 89). Uleiul de arahide rafinat este considerat sigur. Tabletele şi dropsurile cu vitamine, precum şi anumite dulciuri de tipul jeleurilor pot conţine uneori urme de ulei de arahide – citiţi etichetele.

Mai riscant decît uleiul de arahide în sine este uleiul din friteuză folosit pentru a prăji alimentele care conţin arahide (de exemplu, unele chiftele vegetale) şi apoi refolosit. Unii alergeni din arahide pot rămîne în ulei şi trec apoi în alimentele prăjite în acel ulei.

Pudra de migdale şi migdalele mărunţite importate din Asia conţin alune fărîmiţate sau mărunţite ca adaos. Dat fiind faptul că pudra este utilizată pentru prepararea bomboanelor indiene sau pentru mîncărurile cu curry din restaurante, este bine să fiţi prudent cu astfel de produse. Marţipanul poate conţine de asemenea arahide.

Unii producători şi unele supermarketuri întocmesc liste cu produse sigure, fără urme de arahide.

Etichete alimentare:

Arahidele pot fi întîlnite şi sub denumirea de alune de pămînt, ulei de arahide sau ulei de alune.

Uleiul de arahide poate avea şi denumirea de ulei vegetal, dar acesta este un ulei rafinat şi este considerat sigur (vezi p. 89); uleiul de alune poate fi numit şi ulei de arahide (de obicei în creme, săpunuri şi cosmetice). Reţineţi că uleiul de arahide este utilizat în produse prescrise, inclusiv creme pentru eczeme, şi nu ar trebui folosit pentru bebeluşi (vezi p. 345). La un moment dat a fost folosit şi pentru cremele pentru mameloane: în prezent nu se mai foloseşte, dar rugaţi farmacistul să verifice.

Vezi NUCILE, secţiunea „Etichete alimentare" (p. 357).

Alternative:

La fel ca la NUCI (vezi mai sus).

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Alte nuci, chiar dacă aparţin unor familii de plante diferite. Nucile au o serie de constituenţi comuni care pot declanşa alergii şi intoleranţă (vezi pp. 376-377).

Reacţii încrucişate sînt posibile cu legumele, deoarece arahidele aparţin aceleiaşi familii. Din fericire, sînt foarte rare. Membrii acestei familii includ: mazărea, soia, toate tipurile de fasole, lintea şi năutul. Roşcova este de asemenea o legumă. Lupinul, cultivat în prezent pentru făină, face parte de asemenea din această familie. *Reacţiile încrucişate cu lupin sînt foarte frecvente şi pot fi periculoase pentru persoanele alergice la arahide.* Făina de lupin se găseşte mai ales în produsele dulci de brutărie, în special în cele produse în Europa: *verificaţi etichetele pentru a identifica făina de lupin.*

Produse noi care se vor găsi în curînd în alimentele ambalate sînt făina şi proteinele de mazăre – şi acestea pot determina reacţii încrucişate cu alunele.

Elemente nutritive esenţiale:

La fel ca pentru NUCI.

Scanned with OKEN Scanner

Cartofii

Rareori o cauză a alergiilor alimentare severe, dar frecvent incriminaţi în intoleranţa alimentară.

Surse:

Chipsuri, cartofi prăjiţi
Gustări crocante şi picante
Multe mîncăruri semipreparate, supe
Pateuri cu carne şi cartofi, multe paste vegetariene

Pot fi un ingredient ascuns în:

Unele feluri de mîncare indiene (de exemplu, Sag aloo – „aloo" înseamnă cartofi)
Unele mîncăruri semipreparate

Etichete alimentare:

Nu există sinonime neobişnuite pentru acest aliment, dar căutaţi „făină de cartofi".

Alternative:

Există numeroase alimente cu amidon care pot înlocui cartofii: vezi p. 367.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Foarte rar apar reacţii la alte alimente vegetale din aceeaşi familie: roşii, vinete, ardei graşi, ardei iuţi, paprica şi agrişe.

Cartofii dulci aparţin unei familii total diferite şi ar trebui să nu determine reacţii încrucişate.

Elemente nutritive esenţiale:

Cartofii conţin vitamina C, dar majoritatea oamenilor îşi iau necesarul de vitamine din fructe şi legume verzi.

Drojdia

Rareori o cauză a alergiei alimentare severe, dar frecvent incriminată în intoleranţa alimentară.

Surse:

Extract de drojdie

Poate fi un ingredient ascuns în:

Cuburi pentru ciorbe (şi alte extracte de carne)
Pîine, inclusiv pîinea neagră, excepţie pîinea albă, majoritatea tipurilor de pîine
Produse din patiseria nordică, gogoşi, brioşe, „prăjiturile pentru cafea", biscuiţii pentru ceai (şi multe alte prăjituri cu o compoziţie asemănătoare pîinii)
Pizza
Rulouri, croasante
Bere, vin, cidru (alte băuturi alcoolice, ca whiskyul şi ginul, pot conţine de asemenea drojdie, dar nu în cantităţi aşa de mari)
Oţet (precum cel din sosurile de salată, murături etc.)
Multe tablete de vitamine, în special vitaminele B

Scanned with OKEN Scanner

Multe alimente semipreparate şi ambalate – citiţi etichetele.

Orice aliment care este fermentat sau are un timp lung de procesare (de exemplu, smîntîna, laptele bătut, brînza, varza murată, fructele uscate, sosul de soia, ceaiul negru); testaţi-le separat pentru a vedea dacă apar reacţii.

Fructele foarte coapte

Suc sau gem care a fost desfăcut şi păstrat o perioadă

Etichete alimentare:

Căutaţi denumiri ca: proteine hidrolizate, proteine vegetale hidrolizate sau fermenţi.

Acidul citric poate fi derivat din drojdie, ca şi glutamatul monosodic.

Microproteina este o altă denumire – vezi mai jos.

Surse secundare de drojdie:

Fructe uscate
Fructe foarte coapte
Orice fruct necojit
Sucuri de fructe din comerţ
Orice produs etichetat cu „malţ"
Iaurt, lapte bătut şi smîntînă
Cremă sintetică
Sos de soia
Tofu
Orice mîncare care nu este consumată în 24-48 de ore dacă e păstrată în frigider
Whisky, vodcă, gin, coniac şi alte băuturi alcoolice
Drojdie şi mucegai din aer

Ar trebui să vă feriţi de casele umede, de sere (excepţie: cele foarte uscate şi curate), grămezi de compost şi frunze în putrefacţie. După o perioadă în care v-aţi simţit bine puteţi testa dacă o astfel de expunere vă face să vă simţiţi rău.

Alternative:

Consumaţi băuturi spirtoase în loc de bere şi vin. Uleiul din susan prăjit este un bun înlocuitor pentru sosul de soia.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Puteţi reacţiona la ciuperci de gunoi cultivate sau la alte tipuri de ciuperci – fie la ele, fie la drojdiile şi mucegaiurile care cresc pe ele.

Quorn, un aliment bogat în proteine derivat din ciuperci (denumit şi microproteină), poate de asemenea cauza probleme.

Multe brînzeturi sînt bogate în ciuperci, în special brie şi camembert.

Elemente nutritive esenţiale:

Dacă consumaţi multă pîine fără drojdie, riscaţi să dezvoltaţi deficit de minerale, deoarece pîinea nefermentată conţine substanţe care blochează absorb ţia calciului, magneziului, fierului, zincului, manganului şi cuprului. Asiguraţi-vă că mîncaţi suficiente alimente bogate în aceste minerale sau luaţi un supliment de multiminerale.

Drojdia este o importantă sursă de vitamine B, dar dacă aveţi o dietă variată ar trebui să obţineţi cantităţi adecvate de vitamine. Printre sursele de vitamine B se numără boabele de grîu, carnea, peştele sau ouăle, legumele verzi, nucile şi seminţele. Dacă trebuie să luaţi un supliment, asiguraţi-vă că este fără drojdie şi cu complexul B.

Scanned with OKEN Scanner

Grîul

Rareori o cauză pentru alergia alimentară severă, dar frecvent incriminat în intoleranţa alimentară.

Principala sursă de gluten. GLUTENUL SE GĂSEŞTE DE ASEMENEA ÎN OREZ ŞI ORZ (vezi pp. 146-147 pentru o listă completă a boabelor care conţin gluten).

Surse:

Pîine, lipie, pizza, diverse tipuri de pîine
Cruste de pesmet (de exemplu, pe crochetele de peşte)
Făină
Prăjituri, biscuiţi, brioşe, fursecuri etc.
Clătite (cu excepţia celor făcute din făină pură de hrişcă)
Griş
Aluaturi de toate tipurile, plăcinte
Sosurile şi sucurile de carne pot conţine făină de grîu mai degrabă decît făină de porumb (vezi **„Stabilizatori"**, p. 363, pentru alternative).
Paste: spaghete, tagliatelle, macaroane, tăiţei cu ou, paste scurte şi lungi, vermicelli
Fulgi de grîu, diverse tipuri de **cereale pentru micul dejun** chiar dacă „grîul" nu apare în numele mărcii de cereale: verificaţi toate etichetele
Multe tipuri de musli
Samosa poate conţine **făină de grîu** (verificaţi eticheta)
Cuşcuş, grîu arnăut

Poate fi un ingredient ascuns în:

Majoritatea tipurilor de pîine din secară (excepţie fac cele garantate 100%)
Pesmet din secară, unele produse din ovăz
Multe produse semipreparate: citiţi cu atenţie etichetele
Cîrnaţi
Taramasalata (conţine frecvent miez de pîine)
Praf de copt

Etichete alimentare:

Uitaţi-vă după: făină, aglutinant de cereale, adaos de cereale, proteine din cereale, amidon din cereale, amidon comestibil, amidon alimentar, amidon modificat sau amidon.

Grîul arnăut este grîu adevărat, dar acest lucru nu este valabil şi pentru hrişcă. Produsele „fără gluten" sînt de asemenea fără grîu (dar reciproca nu este valabilă: unele pîini din secară, de exemplu, pot fi fără grîu, dar în acelaşi timp să conţină gluten).

Alternative:

Vezi termenii îngroşaţi de mai sus şi meiul ca alternativă la sendviş. Orezul, cartofii şi unii înlocuitori cu amidon ai cartofilor (vezi p. 367) se pot dovedi utili în diversificarea pe cît posibil a dietei dumneavoastră fără grîu sau alte boabe.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Secara, orzul, ovăzul sînt înrudite cu grîul şi pot provoca cu uşurinţă reacţii încrucişate. Chiar dacă le toleraţi, trebuie totuşi să aveţi grijă şi să nu le consumaţi în cantităţi prea mari pentru a evita dezvoltarea unei sensibilităţi. În cazul secarei există o probabilitate mare de a apărea probleme, cea mai mică probabilitate înregistrîndu-se în cazul ovăzului.

Porumbul, orezul şi meiul sînt de asemenea cereale, deşi au o probabilitate scăzută de a provoca reacţii. Şi în acest caz se recomandă un consum moderat.

Scanned with OKEN Scanner

Elemente nutritive esenţiale:

În multe ţări, toate tipurile de pîine, cu excepţia celei integrale, sînt îmbunătăţite cu calciu şi reprezintă pentru mulţi indivizi o sursă importantă de minerale. Dacă evitaţi produsele lactate şi nu consumaţi nici pîine, se recomandă un supliment de calciu, cu excepţia cazurilor în care consumaţi cantităţi substanţiale de alimente cu calciu, cum ar fi sardinele întregi. Dacă nu înlocuiţi pîinea de grîu cu alte cereale integrale, aveţi grijă să consumaţi alte alimente care furnizează vitamine B, zinc şi fier. O dietă variată (bogată în legume verzi proaspete, carne, peşte, lapte sau ouă, nuci şi seminţe) trebuie să le includă pe toate acestea.

Laptele (laptele de vacă)

O cauză frecventă a alergiilor alimentare, mai ales la copii; adesea incriminat în intoleranţa alimentară. Această secţiune este dedicată evitării proteinelor din lapte, nu evitării lactozei, despre care am discutat în capitolul 9. Dacă nu vă este clară diferenţa căutaţi la p. 305.

Surse:

DACĂ DUMNEAVOASTRĂ SAU COPILUL DUMNEAVOASTRĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA LAPTE, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE O LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Cremă, unt, lapte bătut
Brînză, brînză de vaci, brînză grasă
Iaurt, *fromage frais*, *crème fraîche*
Sos alb, sos bechamel, sos cu pătrunjel etc.
Cremă din lapte, budincă din orez, griş, budincă de tapioca şi sago

Poate fi un ingredient ascuns în:

Majoritatea margarinelor
O mare parte din alimentele ambalate – citiţi întotdeauna etichetele
Produse de patiserie, prăjituri, fursecuri, biscuiţi
Plăcinte făcute în casă, care adesea conţin unt

Dacă mergeţi în Statele Unite, trebuie să ştiţi că multe sortimente de pîine albă conţin lapte.

Unele medicamente şi pudre uscate pentru inhalatoarele pentru astmatici conţin lactoză sau zaharuri din lapte ca adaos. În ele pot fi identificate urme de proteine din lapte. Ar putea să afecteze doar persoanele care sînt extrem de sensibile la lapte.

Etichete alimentare:

Poate apărea sub denumirea de: zer, caseină, caseinat, lactalbumină sau lactoză.

Alternative:

Căutaţi în secţiunile: „Substituenţi pentru lapte", „Substituenţi pentru unt", „Substituenţi pentru brînză".

Căutaţi produsele etichetate cu indicaţia „fără lapte" sau „potrivit pentru diete vegan". Alimentele kosher etichetate „parev" sau „pareve" nu conţin, cel puţin teoretic, lapte, dar pot exista urme de lapte de la instrumentele folosite, suficient pentru a-i afecta pe cei mai sensibili. Produsele cu eticheta „fără lapte" sînt în general sigure, dar fiţi atent la alimentele preparate în casă sau produse pe plan local etichetate astfel, pentru că „fără lapte" înseamnă lucruri diferite pentru unii oameni, iar aceste produse pot conţine lapte de oaie sau capră.

Scanned with OKEN Scanner

Căutaţi în secţiunile „Prăjiturile" şi „Biscuiţii" reţete fără lapte.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Unele persoane au reacţii încrucişate la carnea de vită, însă acest lucru este neobişnuit. O reacţie încrucişată cu laptele de capră sau de oaie este mult mai frecventă.

Elemente nutritive esenţiale:

Dacă evitaţi laptele şi alte produse lactate, riscaţi să dezvoltaţi un deficit de calciu, iar acest lucru este grav pentru copiii în creştere. Un aport suficient de calciu poate fi obţinut din peşte, precum sardinele mîncate întregi, inclusiv cu oase, dar trebuie să mîncaţi zilnic o porţie serioasă. Puteţi să luaţi suficient calciu din surse pur vegetale – vegetarienii reuşesc să facă acest lucru –, dar e nevoie de un consum ridicat de legume care conţin calciu, cum ar fi boabele de soia, tofu sau brînza din soia (alegeţi un produs cu adaos de calciu), lapte din soia, migdale sau broccoli. E necesară o abordare foarte disciplinată a alimentaţiei, dificil de aplicat pentru majoritatea oamenilor. Un supliment de calciu poate fi opţiunea cea mai la îndemînă pentru unele persoane. Un supliment care conţine şi magneziu în proporţia corespunzătoare (aproximativ 2 : 1) este de asemenea o soluţie bună, cu excepţia cazului în care consumaţi multe legume verzi, cu frunze bogate în magneziu.

Pe lîngă calciu, laptele furnizează proteine, o parte din vitaminele B şi vitamina D. Este puţin probabil să ajungeţi la un deficit de proteine – doar în cazul în care consumaţi foarte puţin peşte, carne sau ouă; fasolea şi lintea pot furniza aportul necesar de proteine.

Dacă aveţi o dietă combinată corespunzător ar trebui să aveţi un aport bun de vitamina B. Surse de vitamina B sînt făina integrală, carnea, peştele sau ouăle, legumele verzi, nucile şi seminţele. *Reţineţi că doar alimentele de origine animală sînt surse de vitamina B12.*

Expuneţi-vă suficient la soare pentru ca organismul să producă vitamina D sau consumaţi alimente bogate în această vitamină, cum ar fi margarina sau uleiul din ficat de cod.

Nucile

Surse:

DACĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA NUCI, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE O LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Nuga, marţipan, praline şi multe alte dulciuri şi produse din ciocolată

Napolitanele conţin uneori cremă de alune şi acest lucru poate trece neobservat dacă sînt servite la un eveniment social

Vezi, de asemenea, ARAHIDELE (mai sus)

Pot fi un ingredient ascuns în:

Multe produse de patiserie, cum ar fi prăjiturile, biscuiţii şi fursecurile, pateurile şi deserturile

Alte produse de patiserie pot avea urme de nuci de la instrumentele de omogenizare

Amestecuri pentru umplut, produse speciale vegetariene

Pîinea fără gluten poate conţine nuci.

Dacă sînteţi sensibil la arahide, precum şi la alte tipuri de nuci, trebuie să fiţi precaut în privinţa mai multor alimente: vezi mai sus.

Dacă aveţi oricare din simptomele alergiei IgE (vezi capitolul 4) ca reacţie la nuci, fiţi atent la toate alimentele care nu au etichetă, la mîncarea de la restaurant; întrebaţi înainte de a gusta. Fiţi atent la uleiul din friteuze folosit pentru a prăji alimente ce conţin nuci (chiftele vegetale, de exemplu) şi care este apoi refolosit. Unii alergeni din nuci pot ajunge în ulei şi pot trece apoi în orice aliment care este prăjit în acelaşi ulei.

Scanned with OKEN Scanner

Etichete alimentare:

Nu există sinonime pentru nuci, dar sînt cîteva pentru arahide (vezi anexa 1).

Producătorii de alimente şi supermarketurile au devenit brusc foarte precaute cu nucile, din cauza reacţiilor fatale la nuci ale persoanelor cu alergii severe la acestea, iar avertismentele privind prezenţa nucilor s-au răspîndit peste tot (vezi p. 86). Dacă aveţi o astfel de alergie, nu vă lăsaţi păcălit: sînt încă numeroşi producători şi magazine care nu etichetează corect produsele ce conţin nuci şi contaminarea este frecventă.

Unii producători şi unele supermarketuri întocmesc liste cu produsele sigure, fără urme de nuci.

Alternative:

Seminţele sînt o bună alternativă din punct de vedere nutriţional, fiind potrivite ca gustări şi în dietele vegetariene.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Majoritatea nucilor pot determina reacţii încrucişate, chiar dacă aparţin unor familii de plante care nu sînt înrudite (vezi pp. 376-377). Cele care sînt înrudite între ele (de exemplu, pecanul şi castanul) au o probabilitate mare să determine o reacţie încrucişată. Reacţii încrucişate pot apărea şi în cazul arahidelor.

Nucşoara nu este o nucă şi de obicei nu creează probleme, dar au existat situaţii – rare – cînd a determinat o reacţie alergică. Nucile de cocos determină rareori reacţii alergice şi, chiar dacă apar, acestea sînt de intensitate slabă, însă au fost înregistrate cazuri de anafilaxie ca răspuns la nucile de cocos. Dacă sînteţi foarte sensibil la nuci ar trebui să fiţi atent la nucşoară şi nucile de cocos şi să faceţi un test în trei etape: mai întîi puneţi o cantitate mică pe piele (obrazul este un loc bun). Dacă nu reacţionaţi, frecaţi-vă cu o bucăţică în interiorul buzei, asigurîndu-vă în prealabil că sînteţi pregătit să faceţi faţă unei posibile reacţii severe. Dacă treceţi şi acest test fără reacţii majore, încercaţi să mîncaţi o bucăţică foarte mică. Aceste teste pot fi utilizate pentru nucşoară şi nuca de cocos. Nu încercaţi niciodată aceste teste pentru nuci şi arahide dacă aveţi o alergie severă – riscurile sînt mult prea mari.

Elemente nutritive esenţiale:

Nucile şi arahidele sînt o sursă importantă de vitamina E. Seminţele de floarea-soarelui sînt o sursă alternativă, ca şi halvaua de floarea-soarelui sau uleiul de floarea-soarelui. Sursele naturale de vitamina E sînt întotdeauna de preferat suplimentelor. Nucile sînt o sursă bună de vitamine B (nu şi pentru B12). Din nou, seminţele pot fi o sursă alternativă.

Orez

Rareori o cauză a alergiei alimentare severe, cel puţin în Occident, dar ocazional incriminat în intoleranţa alimentară.

Poate fi un ingredient ascuns în:

Bomboane indiene şi japoneze, care sînt făcute din făină de orez
Rulouri cu ou (aluatul este făcut din făină de orez)
Unii tăiţei (tăiţeii din orez sînt foarte albi, spre deosebire de cei din grîu)
Foaia din orez – folosită la fursecuri, cum sînt pricomigdalele, şi ca etichetă comestibilă, în cazul pîinii organice

Scanned with OKEN Scanner

Etichete alimentare:

Nu există sinonime neobişnuite pentru acest aliment, dar căutaţi „făină de orez".

Alternative:

Orezul sălbatic, sorgul, meiul, făina de grîu, hrişca, orzul

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Orezul sălbatic
Foarte rar reacţionează încrucişat cu alte boabe, cum ar fi grîul sau porumbul.

Elemente nutritive esenţiale:

Probabilitatea de a dezvolta un deficit de elemente nutritive ca urmare a evitării orezului este foarte mică.

Ouăle

Uneori cauze ale alergiilor alimentare severe la copii, mai ales la cei cu eczeme atopice; adesea responsabile pentru intoleranţa alimentară.

Surse:

DACĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA OUĂ, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE O LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Tartă, sufleu
Bezele (acestea folosesc albuşul de ou)
Aluat, clătite, vafe
Budincă Yorkshire
Produse de patiserie din foitaj fraged, saleuri cu brînză
Creme cu caramel (cu excepţia versiunilor mai ieftine – verificaţi eticheta), deserturi, cremă de ouă, diferite deserturi
Creme de patiserie (care se găsesc în tartele de fructe etc.)
Pandişpan, chec
Brioşe şi alte pîini îmbogăţite
Produse de patiserie nordică, eclere şi profiteroluri
Marţipan
Tăiţei cu ou, paste cu ou (aveţi grijă atunci cînd mergeţi la restaurant)
Lichior de ouă

Poate fi un ingredient ascuns în:

O mare varietate de produse semipreparate – citiţi întotdeauna etichetele
Glazuri de ou pentru produse de patiserie
Nuci braziliene cu glazură de ou
Unele margarine (ca lecitina)
Unele îngheţate

Etichete alimentare:

Pot apărea sub denumirea de: ovalbumină sau lecitină (dar lecitina se poate referi şi la soia)

Alternative:

Nimic nu are gustul exact de ou, dar există alternative pentru copt ce reproduc calităţile lui la gătit (vezi „Prăjiturile", p. 371).

Scanned with OKEN Scanner

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Ouăle altor păsări au o probabilitate mare de a determina reacţii încrucişate.
Persoanele cu o alergie severă la ouă au reacţionat uneori la vaccinuri cultivate în ouă.
Ele pot reacţiona de asemenea şi la penele de păsări (vezi pp. 87-88).

Elemente nutritive esenţiale:

Este puţin probabil să dezvoltaţi un deficit de elemente nutritive dacă evitaţi ouăle, dar asiguraţi-vă că aveţi alte surse de vitamina B, precum făina integrală, carnea, peştele sau laptele, legumele verzi, nucile, seminţele sau extractul de drojdie. Nu uitaţi că doar alimentele de origine animală pot furniza vitamina B12. Expuneţi-vă suficient la soare pentru a produce vitamina D sau mîncaţi alimente bogate în vitamine, precum margarina sau uleiul de cod.

Porumbul (făina de porumb)

Rareori cauză a alergiilor puternice, dar un responsabil frecvent pentru intoleranţa alimentară.

Surse:

Porumb fiert sau copt, porumb dulce, fulgi de porumb, Cornflakes, Cheerios, Corn Pops şi **alte cerealele pe bază de porumb pentru micul dejun**, unele cereale cu musli
Supe, supe instant
Făină de porumb, pudră pentru cremă
Sosuri şi sosuri instant, sos alb, sos bechamel, sos de pătrunjel şi multe alte sosuri (vezi **„Stabilizatori"**, p. 366 pentru alternative)
Unele snackuri
Numeroase semipreparate şi sosuri
Chipsuri tortilla
Pîine din porumb, mămăligă

Poate fi un ingredient ascuns în:

Unele prafuri de copt
Multe alimente semipreparate – citiţi cu atenţie etichetele
Lipiciul de pe timbre şi plicuri
Multe comprimate

Etichete alimentare:

Sinonime: făină de porumb, amidon din porumb, sirop de porumb, dextroză, amidon din cereale, amidon alimentar, amidon comestibil, sirop de glucoză, amidon modificat, gelatină vegetală, ulei vegetal sau amidon vegetal.

Alternative:

Căutaţi cuvintele scrise îngroşat mai sus.

Elemente nutritive esenţiale:

Dacă evitaţi consumul de porumb nu vă lipsiţi de nici un element nutritiv.

Scanned with OKEN Scanner

Soia

Uneori o cauză a alergiei alimentare severe, deşi foarte rar; frecvent incriminată în intoleranţa alimentară.

Surse:

DACĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA SOIA, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Boabe de soia, mîncăruri din soia, făină de soia
Sos de soia, miso
Proteine vegetale structurate
Chiftele vegetariene, rizoto, cîrnaţi şi majoritatea înlocuitorilor pentru carne
Lapte din soia, iaurt din soia, brînză din soia
Multe pîini fără gluten şi alte produse fără gluten

Poate fi un ingredient ascuns în:

Multe alimente ambalate: citiţi întotdeauna etichetele.

Etichete alimentare:

Poate fi întîlnită sub denumirea de: lecitină, gelatină vegetală, proteină vegetală, proteină vegetală structurată sau amidon vegetal.

Alternative:

Uleiul din susan prăjit poate fi un înlocuitor potrivit pentru sosul de soia.

Pentru alternative la laptele de soia consultaţi secţiunea „Substituenţi pentru lapte" (p. 363).

Puteţi să faceţi pîine fără grîu şi soia sau încercaţi una dintre alternative, cum ar fi prăjitura din orez.

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Unele persoane sensibile la soia reacţionează şi la alte leguminoase sau legume (membre ale aceleiaşi familii). Acestea includ toate tipurile de fasole, linte şi năut. Roşcova şi lupinul sînt de asemenea legume, în prezent fiind cultivate pentru făină. *Fiţi foarte atent la lupin (vezi mai sus, la ARAHIDE).*

Arahidele sînt de asemenea membre ale familiei şi pot da reacţii încrucişate.

Elemente nutritive esenţiale:

Boabele de soia reprezintă o sursă importantă de proteine pentru vegetarieni. Lacto-vegetarienii îşi pot satisface nevoia de proteine prin intermediul produselor lactate şi al ouălor, cu condiţia să le poată tolera. Adepţii unei diete vegan trebuie să se asigure că mănîncă alimente vegetale bogate în proteine, cum ar fi nucile, seminţele şi mazărea. Deşi alte tipuri de fasole, năutul şi linte sînt de asemenea bogate în proteine, ele trebuie consumate cu moderaţie pentru a reduce riscul unor reacţii încrucişate. Microproteinele se pot dovedi utile.

Boabele de soia furnizează de asemenea şi vitamine B, dar există multe alte surse pentru acestea.

Scanned with OKEN Scanner

Susan

O sursă frecventă a alergiei alimentare severe, în special în rîndul adulţilor, foarte rar implicat în intoleranţa alimentară.

DACĂ AVEŢI O ALERGIE SEVERĂ LA SUSAN, REŢINEŢI CĂ ACEASTA NU ESTE O LISTĂ COMPLETĂ: FIŢI ÎNTOTDEAUNA PRUDENT.

Halva
Pastă de susan (adesea folosită în bucătăria vegetariană)
Ulei din seminţe de susan
Rulouri, chifle, pîine, baghete, grisine şi biscuiţi care pot conţine seminţe de susan
Unele lipii
Batoane cu susan, unele snackuri – citiţi toate etichetele
Chiftele vegetariene
Unele prăjituri din orez
Pîine de secară cu susan

Poate fi un ingredient ascuns în:

Humus
Mîncărurile orientale adesea conţin ulei din susan.
Pîinea care nu e făcută cu susan poate avea urme de susan de la instalaţiile de omogenizare.
Pîinea de secară poate fi contaminată cu urme de susan.
Orice produs cumpărat de la raionul de gustări trebuie studiat cu atenţie, deoarece seminţele de susan care au căzut de pe chifle pot fi împrăştiate pe tejghea şi pot intra în alte alimente.
Aqua Libra
Unele amestecuri de condimente. Acestea pot fi folosite în carnea procesată, cîrnaţi, sosuri picante, sosuri de salată, prăjituri, biscuiţi şi băuturi.
Unele medicamente conţin ulei de susan, la fel ca şi cosmeticele: pe etichetă va apărea denumirea *Sesamum indicum*.

Etichete alimentare:

Nu există sinonime specifice; poate fi descris ca ulei vegetal, dar e puţin probabil acest lucru.
Pe alimentele din import: benne, teel sau till, simsim, anjoli, cingili
Sesamum indicum

Alte alimente care pot reacţiona încrucişat:

Posibil alte seminţe

Elemente nutritive esenţiale:

Nu sînt.

Scanned with OKEN Scanner

Alternative la alimentele consumate cel mai frecvent

Substituenţi pentru lapte

Laptele de capră poate fi cumpărat din magazine naturiste, iar laptele praf de capră poate fi livrat prin poştă. Acest produs a cunoscut îmbunătăţiri în ultima vreme; totuşi, nici unul din produsele moderne nu este la fel de plăcut la gust ca laptele de capră (este vorba despre aroma subtilă şi plăcută a laptelui natural de capră) dacă este produs în aceleaşi condiţii de igienă ca şi laptele vacă.

Reţineţi că laptele de capră poate provoca reacţii la persoanele care sînt deja sensibile la laptele de vacă şi trebuie să fiţi foarte atent dacă aveţi o alergie IgE la laptele de vacă. Discutaţi cu medicul dumneavoastră dacă doriţi să-i daţi lapte de capră unui copil alergic la laptele de vacă.

Laptele de oaie este disponibil în magazinele naturiste din unele zone. Are o aromă mai apropiată de cea a laptelui de vacă şi o textură plăcută cremoasă. Spre deosebire de laptele de vacă, poate fi refrigerat, aşa că îl puteţi cumpăra sub formă congelată. Acest tip de lapte poate determina reacţii încrucişate în cazul persoanelor sensibile la laptele de vacă, dar acest efect e mai puţin probabil decît în cazul laptelui de capră.

Laptele de soia este produs din boabe de soia pulverizate şi are un gust specific. Majoritatea sortimentelor au un adaos de zahăr. Sînt de asemenea disponibile deserturi din soia şi „iaurtul fără zahăr" din lapte de soia şi lapte de soia concentrat. Soia poate provoca cu uşurinţă reacţii alergice sau de intoleranţă. Dacă sînteţi predispus la dezvoltarea unei intoleranţe alimentare, nu este recomandat să mîncaţi prea multe produse din soia. Laptele praf din soia nu mai este recomandat în cazul sugarilor, din cauza potenţialului său alergen.

Crema din nucă de cocos poate fi obţinută din magazinele alimentare cu specific indian sau din magazinele naturiste. Poate fi folosită ca substituent pentru frişcă dacă este amestecată cu apă caldă sau o puteţi pune direct peste salata de fructe, peste banane tăiate felii etc.

Migdalele măcinate pot fi un substituent pentru frişcă. Amestecaţi pasta cu apă şi puţină miere, apoi adăugaţi mai multă apă, pînă cînd obţineţi consistenţa dorită.

Alunele caju (crude) pot fi măcinate într-un blender şi amestecate cu apă pentru a forma un substituent pentru frişcă. Adăugaţi miere şi vanilie după gust. Diluaţi în continuare pînă obţineţi „lapte" de caju.

Substituenţi pentru unt

Margarina este înlocuitorul cel mai la îndemînă pentru unt, dar majoritatea sortimentelor conţin şi mici cantităţi de lapte praf. Sortimentele care nu conţin lapte sînt cele comercializate în magazinele naturiste.

Dacă nu toleraţi gustul de margarină, există şi alte variante. Una e reprezentată de seminţele măcinate de susan – cu un gust intens, dar plăcut. Susanul poate determina cu uşurinţă alergii sau intoleranţă. Dacă sînteţi predispus la intoleranţă alimentară, ar trebui să nu-l consumaţi prea des. Halvaua de floarea-soarelui este asemănătoare. Ambele sînt disponibile în magazinele naturiste.

O altă alternativă este untul degresat, care poate fi tolerat de majoritatea persoanelor sensibile la lapte. Acesta se obţine prin topirea în tigaie a unui pachet de unt la o temperatură moderată; se lasă la răcit, apoi se toarnă cu grijă şi încet – doar o cantitate mică – într-un borcan de sticlă. Proteinele din lapte se vor depune pe fundul tigăii, sub forma unor granule

Scanned with OKEN Scanner

albe – turnînd foarte încet, acestea rămîn în tigaie. Chiar dacă unele vor ajunge în borcan, ele se vor depune pe fund şi din moment ce le puteţi vedea prin borcan puteţi evita consumarea lor. Păstraţi untul degresat la frigider, deoarece la temperatura camerei este semilichid. Puteţi de asemenea să-l cumpăraţi de la magazinele alimentare cu specific indian sub numele de „ghee". Untul degresat poate fi consumat doar după ce aţi încheiat dieta de eliminare şi ştiţi că trebuie să evitaţi laptele – nu trebuie consumat pe durata dietei prin eliminare, deoarece conţine urme de proteine din lapte şi poate influenţa rezultatul. Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră sînteţi foarte alergici la lapte, untul degresat nu este un aliment sigur.

În sosuri, crema de nucă de cocos este un substituent interesant pentru unt, deşi se potriveşte doar anumitor mîncăruri. Încercaţi să topiţi cremă de nucă de cocos în suc de portocale la o temperatură mică, adăugaţi migdale măcinate pentru a îngroşa amestecul, sare şi usturoi – obţineţi astfel un delicios sos pentru carnea de porc sau pui.

Substituenţi pentru brînză

Brînza de capră şi cea de oaie sînt disponibile în raioanele de brînzeturi, în cele de alimente sănătoase şi în general în supermarketuri. Este posibil ca ele să nu fie potrivite pentru toate persoanele cu sensibilitate la lapte : vezi comentariile anterioare din secţiunea „Substituenţi pentru lapte" despre reactivitatea încrucişată.

„Brînza" din soia este disponibilă în magazinele naturiste şi în unele supermarketuri.

Tofu este un produs din soia tradiţional care poate fi folosit ca substituent al brînzei slabe. Vezi comentariile anterioare despre soia din secţiunea „Substituenţi pentru lapte".

Dacă nu vă place gustul produselor pe bază de soia, este mai bine să alegeţi un aliment diferit de brînză, dar care satisface aceeaşi nevoie. De exemplu, pasta humus cu o consistenţă mai groasă este foarte bună pentru sendvişuri, fiind o alternativă potrivită pentru unt. Zdrobiţi 280 g de năut copt şi uscat, adăugaţi 5-6 linguriţe de ulei de măsline, 2-3 linguriţe de zeamă de lămîie, 2 vîrfuri de cuţit de sare şi un căţel de usturoi, dacă vă place. Dacă folosiţi năut din conservă, această reţetă vă ia doar cîteva minute.

Substituenţi pentru ouă

Ouăle altor păsări, precum cele de raţă sau de prepeliţă, pot determina cu uşurinţă reacţii încrucişate cu cele de găină. Oricine are alergie IgE la ouăle de găină ar trebui să evite consumul altor tipuri de ouă.

Nimic nu poate reproduce gustul de ou, dar unele alimente pot imita calităţile ouălor la gătit. În budinci, unde ouăle sînt folosite pentru a „lega" lichidul, poate fi folosită gelatina ca alternativă. Va trebui să experimentaţi cu fiecare reţetă, dar o linguriţă de gelatină este aproximativ egală cu un ou. Dizolvaţi gelatina în apă înainte de a o adăuga peste alte ingrediente.

În reţetele pentru biscuiţi, un ou poate fi înlocuit cu 2 linguri de apă, o lingură de ulei vegetal şi jumătate de linguriţă de praf de copt. Înlocuitori pentru gălbenuş şi pentru albuş sînt disponibili în comerţ. Vezi mai jos „Prăjituri".

Făina de grîu pentru pîine

Dacă aveţi intoleranţă la grîu (mai degrabă decît alergie IgE sau boala celiacă) e necesar să verificaţi toate tipurile de grîu pe care trebuie să le evitaţi. Ceea ce vă afectează se poate găsi în germenii de grîu sau în coaja bobului de grîu. Dacă vă încadraţi în aceste categorii,

Scanned with OKEN Scanner

veţi putea consuma pîine albă şi făină de grîu, dar va trebui să evitaţi pîinea integrală şi orice produs care conţine germeni de grîu.

Proteinele din făina de grîu – care includ gluten – sînt cele care fac grîul bun pentru fabricarea pîinii. Dacă vreţi să faceţi pîine fără grîu trebuie să găsiţi un substituent pentru aceste proteine.

Pîinea fără gluten este disponibilă în unele magazine naturiste şi on-line, deşi este scumpă. De asemenea, puteţi cumpăra făină fără gluten şi să vă faceţi singuri pîine. Celor care suferă de boala celiacă li se pot prescrie produse fără gluten pe reţete medicale.

FIŢI ATENT LA POTENŢIALA CONTAMINARE CU GLUTEN A *TUTUROR* BOABELOR ŞI FĂINII (VEZI P. 148). UNELE PERSOANE CARE SUFERĂ DE BOALA CELIACĂ TREBUIE SĂ LE EVITE.

CANTITĂŢI FOARTE MICI DE GLUTEN SE GĂSESC CHIAR ŞI ÎN PRODUSELE FĂRĂ GLUTEN: ELE NU VOR AFECTA MAJORITATEA PERSOANELOR CARE SUFERĂ DE BOALA CELIACĂ, DAR PE UNELE LE POT AFECTA.

Făina fără gluten este obţinută dintr-un amestec de diferite făinuri, de exemplu, făină din porumb, cartof, soia, mazăre decorticată, un anumit tip de fasole, orez sau roşcovă. Alte ingrediente care pot fi folosite sînt tărîţele de orez şi migdalele măcinate. Puteţi improviza singur amestecuri simple – de exemplu, o parte de făină de orez şi o parte de soia sau făină de fasole, cu o parte de făină de cartofi. Amestecul trebuie să conţină întotdeauna cel puţin un tip de făină cu o concentraţie mare de proteine, cum ar fi soia, fasole sau linte. Folosiţi drojdie şi faceţi pîinea în mod obişnuit, dar fără a o frămînta. Va avea o textură mai densă decît pîinea obişnuită şi poate avea un gust mai bun dacă e prăjită. Dacă trebuie să evitaţi şi drojdia, puteţi face pîine cu bicarbonat de sodiu, folosind făină fără gluten. Producătorii de făină fără gluten oferă de obicei şi reţete în care se folosesc aceste amestecuri de făinuri.

Nu uitaţi că amestecurile fără gluten conţin făină de soia sau alte făinuri din derivaţi ai fasolei. Asiguraţi-vă că nu mîncaţi soia sau alimente înrudite prea des, mai ales dacă sînteţi vegetarian – ele se găsesc cu precădere în majoritatea substituenţilor comerciali ai cărnii, în chiftelele şi alte alimente vegetariene.

Secara conţine gluten, dar pîinea de secară poate fi un înlocuitor potrivit pentru persoanele cu intoleranţă la grîu, mai degrabă decît în cazul bolilor legate de gluten, precum boala celiacă. Deoarece grîul şi secara sînt înrudite, cei care sînt sensibili la grîu reacţionează destul de des şi la secară.

Dacă cumpăraţi pîine de secară de la o brutărie locală, asiguraţi-vă că este 100% din secară – vorbiţi cu managerul şi rugaţi-l să vă anunţe dacă schimbă compoziţia pîinii. Făina de secară oricum conţine grîu, deoarece grîul creşte în lanurile de secară. Pîinea de secară poate fi consumată atît timp cît este doar din secară – unele sortimente au în compoziţie şi tărîţe de grîu.

Din făina de secară se face o pîine bună, bogată în proteine, deşi nu se poate compara cu pîinea din făină de grîu.

Prăjiturile din ovăz sînt disponibile în majoritatea supermarketurilor şi în magazinele cu produse naturiste. Ovăzul este preferabil secarei, deoarece are o probabilitate mai mică de a reacţiona încrucişat cu grîul. Citiţi eticheta produselor, întrucît unele pot conţine lapte sau zahăr. Unele persoane care suferă de boala celiacă pot tolera o cantitate mică de ovăz, dar nu toate (vezi capitolul 7).

Prăjiturile şi pişcoturile de secară se găsesc în magazinele naturiste. „Prăjiturile" sînt chiar apetisante – se aseamănă cumva cu pîinea de secară, dar făcută din boabe expandate. Sînt mai gustoase decît arată.

Scanned with OKEN Scanner

Făina de grîu – alte utilizări

Produsele de patiserie, clătitele şi napolitanele pot fi făcute din făină de secară (care conţine gluten – vezi mai sus) deşi produsele sînt mai grele decît cele din grîu, parţial deoarece făina de secară este disponibilă doar în formă integrală. Cernerea făinii de secară, mai întîi, cu ajutorul unei site îmbunătăţeşte calitatea prin înlăturarea plevei din făină, iar adăugarea unui praf de copt ajută de asemenea.

Clătitele pot fi făcute şi din făină de porumb, care nu conţine gluten; au un gust plăcut deşi sînt uşor elastice – amestecaţi compoziţia chiar înainte de prăjire pentru a îmbunătăţi textura. Făina de hrişcă este suficient de bogată în proteine şi cu ajutorul ei se poate obţine o compoziţie bună pentru clătite, dar trebuie amestecată cu alte tipuri de făină pentru a diminua gustul intens. Amestecurile fără gluten pentru produsele de patiserie şi clătite pot fi cumpărate on-line.

FIŢI ATENT LA POSIBILA CONTAMINARE CU GLUTEN A *TUTUROR* BOABELOR ŞI FĂINII (VEZI P. 148). UNELE PERSOANE CARE SUFERĂ DE BOALA CELIACĂ TREBUIE SĂ LE EVITE.

CANTITĂŢI FOARTE MICI DE GLUTEN SE GĂSESC CHIAR ŞI ÎN PRODUSELE FĂRĂ GLUTEN: ELE NU VOR AFECTA MAJORITATEA PERSOANELOR CARE SUFERĂ DE BOALA CELIACĂ, DAR PE UNELE LE POT AFECTA.

Pastele produse din făina fără gluten pot fi achiziţionate din magazinele cu produse naturiste sau on-line. Puteţi încerca, de asemenea, tăiţeii de secară sau spaghetele din hrişcă din magazinele cu produse naturiste.

Făina de soia, făina de fasole şi făina de linte sînt bogate în proteine şi în carbohidraţi. Pot fi folosite la copt, în combinaţie cu alte făinuri (vezi mai sus), şi tind să îmbunătăţească textura produselor de patiserie şi a clătitelor.

Făina de orez, făina de cartofi, făina de banane, făina de castane, făina de batat şi alte făinuri exotice au, majoritatea, un conţinut scăzut de proteine. Ele pot fi utilizate pentru prepararea budincilor şi biscuiţilor sau pentru îngroşarea sosurilor (vezi mai jos). Făina de castane are gust dulce şi picant şi este plăcută în pişcoturi sau în deserturi cu fructe, deşi este puţin grea.

Stabilizatori

Mălaiul se obţine din porumb, aşadar nu conţine gluten: poate fi folosit pentru îngroşarea sosurilor şi sucurilor de carne.

Făina de sago poate fi utilizată la îngroşarea supelor, sosurilor şi tocanelor de cei care trebuie să evite porumbul şi grîul şi poate fi comandată prin poştă. (Tapioca şi sago granulate se pot procura din majoritatea supermarketurilor şi pot fi folosite la budinci alături de lapte sau substituenţi ai laptelui.)

Cartoful chinezesc este comercializat în unele magazine de delicatese şi este un stabilizator excelent.

Făina de orez şi cea de cartofi se pot cumpăra din magazinele cu produse naturiste şi pot fi folosite ca stabilizatori, deşi trebuie utilizate cu grijă deoarece fac cocoloaşe mai repede decît făina de porumb. Oricare dintre făinurile exotice menţionate în paragraful anterior poate fi de asemenea folosită.

FIŢI ATENT LA POSIBILA CONTAMINARE CU GLUTEN A *TUTUROR* BOABELOR ŞI FĂINII (VEZI P. 148). UNELE PERSOANE CARE SUFERĂ DE BOALA CELIACĂ TREBUIE SĂ LE EVITE.

Scanned with OKEN Scanner

Substituenţi pentru cartofi

Foamea este unul din obstacolele cele mai mari în calea succesului unei diete prin eliminare. Aveţi nevoie să mîncaţi ceva despre care ştiţi sigur că nu vă va crea probleme. Alimentele exotice sînt foarte importante în această situaţie pentru că înainte nu le-aţi consumat în cantităţi mari – sau chiar deloc. Această secţiune descrie o serie de adaosuri din tuberculi cu amidon.

Batatul este probabil cel mai bun substituent pentru cartof şi foarte util în stadiile incipiente ale dietei de diagnosticare prin eliminare pentru a vă ţine foamea la distanţă. Este de fapt o rădăcină mare, de culoare albă, cu o pieliţă maronie, mată. Mai tare şi cu mai multe fibre decît cartoful, batatul are un gust similar, dar cu o aromă uşor amăruie spre final. Sînt foarte buni dacă sînt sotaţi ca şi cartofii – fierţi şi apoi prăjiţi. Aveţi nevoie de un cuţit ascuţit şi de o mînă puternică pentru a decoji bataţii şi a-i tăia în cuburi. Fierbeţi-i cam 20 de minute sau pînă devin fragezi. Dacă cumpăraţi o cantitate mare de bataţi şi îi fierbeţi, puteţi ambala bucăţile gătite în mai multe porţii pe care le puteţi congela. Îi puteţi prăji apoi, direct îngheţaţi, în ulei – la foc mic pentru cele mai bune rezultate. Batatul poate fi cumpărat din magazinele sau raioanele cu specific indian.

Cartofii dulci se pot găsi în magazinele sau raioanele cu specific indian şi chinezesc şi în multe supermarketuri. Există mai multe sortimente, cu miezul de diferite culori, de la alb la galben intens. Decojiţi-i şi tăiaţi-i cubuleţe, ţineţi-i sub un jet de apă cît mai mult posibil pentru a evita decolorarea. Puteţi să-i gătiţi şi la cuptor sau la cuptorul cu microunde (tăiaţi coaja mai întîi) şi serviţi-i cu unt (dacă aveţi voie) sau tăiaţi-i felii şi prăjiţi-i în ulei. Au un miez dulce, uşor lipicios, care se pretează foarte bine la supe sau cu carnea din conserve, dar sînt suficienţi de săţioşi şi simpli.

O idee bună e să serviţi cartofii dulci cu fructe acrişoare, deoarece aciditatea acestora contrabalansează textura uşor lipicioasă a cartofilor. Încercaţi să-i prăjiţi la temperatură scăzută cel puţin 20 de minute (după fierbere), adăugaţi felii de măr şi cîteva nuci sau seminţe în ultimele cinci minute. Astfel obţineţi un mic dejun potrivit pentru perioada unei diete de diagnosticare prin eliminare. Asemenea bataţilor, cartofii dulci pot fi decojiţi şi fierţi în cantităţi mari, depozitaţi în porţii individuale în congelator şi apoi prăjiţi direct, chiar dacă sînt îngheţaţi.

În bucătăria chinezească se găteşte o supă din cartofi dulci fierţi în apă sau zeamă de carne pînă se dezintegrează şi se condimentează lichidul rezultat cu rădăcină de ghimbir. (De asemenea, se poate găti o delicioasă gustare numită „chiftele bine prăjite" din cartofi dulci. Nu este ceva ce poate fi mîncat în etapa de debut a dietei de diagnosticare prin eliminare, deoarece conţine prea multe ingrediente, dar e un răsfăţ culinar ulterior pentru persoanele care descoperă că au intoleranţă la grîu. Pentru a găti chiftelele, trebuie să fierbeţi cartofii dulci pînă devin moi. Se zdrobesc şi se adaugă făină de orez pînă se obţine o compoziţie consistentă. Se ia o porţie mică de compoziţie şi se întinde sub forma unei turte, se adaugă o jumătate de linguriţă de unt de arahide – sau alt tip de unt din nuci – în mijloc şi se lipeşte aluatul pe margini. Se trece prin seminţe de susan şi se prăjeşte în ulei vegetal.)

Fructul arborelui de pîine este un fruct exotic din insulele Pacificului. Reprezintă un substituent pentru cartofi şi alte alimente cu amidon. Fructul arborelui de pîine se găseşte rar, în magazinele sau raioanele cu specific indian şi chinezesc, dar merită să-l căutaţi. Este un fruct mare, verde, sferic, cu un model de fagure la suprafaţă. Găuriţi suprafaţa pentru a permite aburului să circule şi apoi coaceţi-l la o temperatură de 190 °C (la treapta 5) o oră jumătate – două ore. Pulpa albă a fructului este tare, are o aromă subtilă şi o textură cremoasă. Fructul gătit astfel poate fi îngheţat. Datorită faptului că fructul arborelui de pîine poate fi feliat şi mîncat direct de pe coajă (ca o felie de pepene verde), acesta se pretează pentru cina la pachet.

Scanned with OKEN Scanner

Maniocul este o rădăcină care conţine amidon, fiind un bun substituent pentru orez şi cartofi; are o aromă, textură şi culoare excelente. Nu se găseşte în foarte multe magazine, dar poate fi achiziţionat în magazinele sau raioanele cu specific indian. Fierberea în multă apă este esenţială pentru acest tip de rădăcină pentru a înlătura componentele toxice; nu se coace. Decojiţi, tăiaţi cubuleţe şi fierbeţi aproximativ 15 minute sau pînă se înmoaie. Maniocul este uşor de recunoscut, fiind un tubercul cilindric, dar mai subţire decît batatul, cu o coajă uşor lucioasă.

Colocasia esculenta (urechea de elefant) este un tubercul care conţine amidon. Există de fapt două specii diferite, dar care sînt foarte asemănătoare. Una are miezul roz, iar cealaltă alb şi diferă ca formă şi mărime, fiind fie simetrice şi bulboase, fie noduroase şi neregulate. Constituie un substituent acceptabil pentru cartofi şi alte alimente cu amidon. Are o textură plăcută şi un gust asemănător cu cel al cartofului, dar cu un uşor iz de nucă. Tipul cu miezul roz atunci cînd este gătit capătă o culoare gri-albăstruie, dar are un gust destul de bun. Pentru a găti acest tip de tuberculi, decojiţi-i şi tăiaţi-i cubuleţe, fierbeţi-i în apă sărată aproximativ 15 minute. Pot fi copţi şi întregi, la 190 °C (la treapta 5) aproximativ o oră şi jumătate – două ore. Gustul este mai puternic atunci cînd sînt astfel gătiţi, semănînd cu cel al cartofilor copţi.

Alți substituenți pentru mîncărurile tradiționale cu amidon

Încă o dată, încercăm în această secţiune să găsim modalităţi de a ne potoli foamea pe durata primelor etape din dieta de diagnosticare prin eliminare, cu ajutorul alimentelor ce conţin amidon pe care nu le-aţi consumat anterior.

Meiul poate fi cumpărat din unele magazine cu produse naturiste – are forma unor boabe sferice, mici, de culoare galbenă. Luaţi un sfert de kilogram de boabe şi spălaţi-le cu grijă, apoi lăsaţi-le la înmuiat peste noapte. Aruncaţi apa în care le-aţi înmuiat şi turnaţi un litru de apă curată. Adăugaţi o jumătate de lingură cu sare şi daţi un clocot. Lăsaţi să fiarbă la foc mic 20 de minute. Apa trebuie să fie complet absorbită la sfîrşitul celor 20 de minute.

Acest amestec asemănător unei supe poate fi consumat cu lapte sau cu substituenţi ai laptelui la micul dejun. Însă este mult mai gustos dacă este preparat astfel:

Preparaţi un sfert de kilogram de mei ca mai sus, dar puneţi o linguriţă rasă de sare. Cît este cald, adăugaţi o jumătate de borcan (aproximativ 150 g) de unt de arahide fără zahăr (sau alt tip de unt de nuci) şi o linguriţă rasă de seminţe de susan, prăjite în prealabil. Amestecaţi bine ingredientele, folosind un zdrobitor de cartofi pentru a sfărîma meiul. Luaţi o porţie din amestec – de mărimea unui ou mic – şi rulaţi-o între palme apăsînd pentru a-i da o formă de hamburger. Este important să faceţi asta cît meiul este cald, deoarece cînd se răceşte este dificil de zdrobit. Din aceste cantităţi se obţin cam 30 de chiftele.

Prăjiţi „chiftelele de mei" în ulei, la foc mic, întorcîndu-le de două ori; se lasă la prăjit cel puţin 20 de minute în total – în acest fel capătă o textură crocantă la exterior. Folosiţi o tigaie care nu se lipeşte şi suficient ulei, în caz contrar se vor lipi. Chiftelele pot fi congelate neprăjite; nu trebuie decongelate înainte de prăjire. Deşi prepararea unei mari cantităţi ia mult timp, merită efortul, deoarece chiftelele sînt atît delicioase, cît şi săţioase. Patru sau cinci chiftele constituie o masă: pot fi consumate la micul dejun cu mere rase sau la prînz cu salată.

Meiul gătit poate fi de asemenea adăugat la supe şi tocane pentru a le îngroşa. Meiul poate fi folosit ca substituent al făinii de grîu, în sufleul de brînză. Se găteşte în modul

Scanned with OKEN Scanner

obişnuit, folosind 115 g de mei prăjit, 3 ouă, 55 g brînză, 140 ml lapte, sare şi piper. Se coace 20 de minute într-o formă de sufleu, într-un vas cu apă.

Sorgul nu este aşa de răspîndit, dar poate fi cumpărat din unele magazine cu produse naturiste. Se găteşte în acelaşi fel ca meiul.

Orezul sălbatic este disponibil în majoritatea magazinelor cu produse naturiste şi în unele supermarketuri. Are boabe lungi, de culoare brun-închis, şi un gust specific, asemănător celui de arahide, care se potriveşte foarte bine cu unele mîncăruri, în special peşte, pui şi legume prăjite. Pentru a-l găti, mai întîi spălaţi-l cu grijă, puneţi-l într-o tigaie mare, turnaţi apă rece, săraţi şi daţi un clocot. Fierbeţi 45 de minute, apoi opriţi focul, amestecaţi orezul şi lăsaţi-l să se răcească 15 minute. Aruncaţi apa rămasă, dar nu clătiţi orezul. Boabele gătite îngheaţă perfect şi pot fi decongelate cu uşurinţă prin fierbere în apă sau supă, fără să se lipească. Un amestec de suc de portocale sau lămîie cu unt topit (dacă aveţi voie să le consumaţi) îmbunătăţeşte gustul orezului. Pentru micul dejun, pe durata dietei de diagnosticare prin eliminare, decongelaţi orez sălbatic fierbîndu-l în suc de fructe, adăugaţi caise uscate şi orice fel de nuci permise.

Făina de porumb poate fi preparată sub formă de mămăligă şi folosită ca garnitură pentru fripturi. Combinaţi 115 g de făină de porumb cu cîte o lingură rasă de sare şi, respectiv, paprica şi un vîrf de cuţit de ardei roşu. Amestecaţi în 250 ml de apă; adăugaţi apa treptat, pentru a evita formarea de cocoloaşe. Puneţi la bain-marie sau într-un vas mic (în care se află făina de porumb), pe care îl puneţi într-unul mai mare cu apă, pentru a obţine acelaşi efect ca la bain-marie. După 30 de minute, vărsaţi amestecul într-un vas de copt uns cu grăsime şi coaceţi 10-15 minute la 170 °C, treapta 4. Adăugaţi cîteva linguri de suc de carne deasupra şi un strat de brînză rasă, apoi lăsaţi la cuptor pentru rumenire. Acest fel de mîncare poate însoţi peştele.

Hrişca sau caşa, cum este numită în Rusia, poate fi cumpărată din majoritatea magazinelor cu produse naturiste. Are boabe maro, de formă triunghiulară, cu a căror aromă intensă, trebuie să vă obişnuiţi. Spălaţi cu grijă boabele, apoi gătiţi-le într-o cantitate dublă de apă sărată. Puteţi atenua gustul intens vărsînd prima cantitate de apă după ce dă în clocot şi înlocuind-o cu o cantitate egală de apă rece cu sare. Lăsaţi să fiarbă aproximativ 15 minute sau pînă cînd toată apa este absorbită şi boabele sînt moi. Serviţi cu un sos şi carne care are un gust la fel de puternic – de exemplu, carne de vită cu roşii şi multe condimente. Se pot găsi şi spaghete din hrişcă, dar verificaţi dacă nu conţin grîu. Nu se recomandă consumul mare de hrişcă, deoarece adesea poate provoca reacţii alergice.

Castanele sînt foarte bune ca gustare sau ca fel pentru micul dejun. Ele pot fi folosite ca umplutură pentru pui sau curcan, în stilul tradiţional, sau ca garnitură pentru carnea de pasăre, ca substituent al cartofilor. Castanele uscate sînt cele mai economice – pot fi găsite în unele magazine cu produse naturiste. Puneţi-le la înmuiat peste noapte, aruncaţi apa şi spălaţi-le cu grijă. Gătiţi-le într-o oală sub presiune, la 718 Pa, 15 minute, sau fierbeţi-le în mod tradiţional o oră, pînă se înmoaie de tot, fără a se dezintegra. Puteţi găti o cantitate mare şi apoi să o împărţiţi în porţii pe care să le congelaţi. Pot fi prăjite uşor în ulei pentru a obţine un mic dejun uşor sau o gustare – se servesc cu mere rase sau salată. Ca alternativă, se poate găti supă de castane, de preferat cu portocale sau alt fruct.

Dovleacul poate fi găsit uşor, mai ales toamna. Este dulce şi uşor lipicios, asemenea cartofilor dulci. Se prepară şi consumă în acelaşi fel.

Năutul este mai făinos decît alte tipuri de fasole, cu un gust mai puţin intens de „fasole" şi cu mai puţine efecte neplăcute. Aşadar reprezintă un bun înlocuitor dacă nu puteţi consuma grîu sau cartofi. Lăsaţi-l la înmuiat peste noapte, alegeţi boabele decolorate şi fierbeţi restul în oala sub presiune la 718 Pa 20-25 de minute sau în mod tradiţional o oră – o oră şi jumătate. Dacă vă balonaţi, decojiţi-l – boabele se desfac cu uşurinţă. Năutul la

Scanned with OKEN Scanner

conservă este uşor de găsit şi poate fi adăugat la supe pentru a le face mai săţioase. Puteţi de asemenea să-l măcinaţi pentru a face pastă humus (vezi p. 364). Alte tipuri de fasole şi linte sînt de asemenea potrivite ca înlocuitori pentru cei care nu pot consuma grîu sau cartofi.

Arpacaşul se găseşte în majoritatea supermarketurilor şi în magazinele cu produse naturiste. Poate fi adăugat la friptura de vită şi supe pentru a le face mai săţioase. Arpacaşul necesită aproximativ o oră - o oră şi jumătate pentru gătit.

Bananele din soiul Plantains sînt foarte mari, verzi. Conţin amidon şi au un gust mai puţin pronunţat. Decojiţi-le (aveţi nevoie de un cuţit ascuţit) şi apoi prăjiţi-le în ulei, fierbeţi-le sau pasaţi-le. De asemenea, pot fi coapte direct în coajă.

Pîinea din făină de năut se poate cumpăra din unele magazine sau raioane cu specific indian şi poate însoţi diferite feluri de mîncare. Verificaţi să nu conţină făină din grîu. Iată o reţetă tradiţională indiană pentru pîinea din făină de năut: se amestecă două căni de năut cu o ceapă mică, tăiată fin, o jumătate de linguriţă de seminţe de chimen, o jumătate de linguriţă de sare şi un vîrf de cuţit de chili. Adăugaţi o linguriţă de unt degresat (vezi p. 364). Mai puneţi puţină apă, pînă obţineţi un amestec mai gros. Luaţi bile mici din acest amestec şi presaţi-le uşor cu mîna pe un pat de făină. Prăjiţi-le într-o tavă sau pe o plită fierbinte.

Biscuiţii

Dacă trebuie să evitaţi grîul, dar puteţi mînca ovăz, biscuiţii din ovăz sînt un substituent uşor de preparat. Încălziţi 125 g de margarină sau unt cu 4 linguriţe de miere. După ce se topesc, adăugaţi 250 g de rulouri de ovăz şi 60 g de nuci pisate. Amestecaţi bine, puneţi (cu lingura) într-o formă unsă cu ulei şi coaceţi la 180 °C (la treapta 4) 20-30 de minute. Tăiaţi felii de mărimea unui deget cît compoziţia este caldă, dar nu scoateţi din formă pînă nu se răceşte.

Puteţi găti reţeta dumneavoastră favorită cu făină care nu este din grîu, ci din secară, orez sau roşcove. Dacă făina aleasă conţine puţine proteine, un ou este un adaos bun la compoziţie: reduceţi puţin cantitatea de lichide şi de margarină sau unt pentru a compensa lichidul şi grăsimile din ou.

Biscuiţii fără gluten pot fi cumpăraţi din majoritatea magazinelor cu produse naturiste; ei nu vor conţine grîu. Biscuiţii fără lapte pot fi gătiţi uşor, folosind margarină fără lapte; majoritatea biscuiţilor din comerţ sînt fără lapte, dar verificaţi eticheta.

Cerealele pentru micul dejun

Dacă sînteţi sensibil la grîu, verificaţi întotdeauna etichetele înainte de a încerca un nou produs: adesea, la cerealele din ovăz, porumb sau orez se adaugă şi puţin grîu.

Pasatul în întregime din ovăz şi rulourile de ovăz pot fi folosite în locul cerealelor la micul dejun, fiind mult mai săţioase (şi mai ieftine) decît majoritatea cerealelor ambalate. Dacă le lăsaţi să se înmoaie în lapte cîteva minute înainte de masă vor fi mult mai uşor de digerat. Stafidele şi bucăţelele de măr dau un plus de savoare.

Dacă sînteţi alergic la grîu, ovăz sau porumb, puteţi încerca fulgii de orez sau mei, pe care îi găsiţi în magazinele cu produse naturiste. Serviţi-i ca pe cei de ovăz (vezi mai sus). Dacă aveţi intoleranţă alimentară, nu mîncaţi prea multe cereale de acest fel, deoarece riscaţi să dezvoltaţi o nouă intoleranţă: încercaţi altceva la micul dejun de cîteva ori pe săptămînă.

Scanned with OKEN Scanner

Pasatul

Pentru cei care nu pot mînca ovăz, un mic dejun cald pe bază de făină de porumb poate fi cumpărat din magazinele naturiste. În mod alternativ, meiul poate fi gătit ca un terci – vezi următoarea secţiune.

Prăjiturile

O prăjitură tipică conţine ou, făină de grîu şi lapte. Dacă evitaţi grîul, ar trebui să găsiţi prăjituri fără gluten în magazinele cu produse naturiste sau le puteţi găti dumneavoastră folosind o făină alternativă sau un amestec de făinuri, în locul grîului. Aveţi nevoie de o făină cu un conţinut mare de proteine, în caz contrat rezultatul nu va fi destul de bun. Un ou poate frăgezi textura prăjiturilor făcute din făină cu puţine proteine; reduceţi cantitatea de lapte sau alte lichide pentru a compensa lichidul suplimentar. Nu este dificil să gătiţi o prăjitură fără lapte: folosiţi oricare din substituenţii laptelui, apă sau un amestec de apă cu puţin ou bătut. Înlocuiţi untul din reţetă cu margarină fără lapte.

Este dificil să gătiţi o prăjitură fără ou. Cea mai bună soluţie este un înlocuitor al oului, disponibil în multe magazine cu produse naturiste şi on-line. Împreună cu aceste produse primiţi de obicei şi reţete. Înlocuitorul este creat pentru a reproduce calităţile culinare ale ouălor şi pentru a oferi prăjiturii textura şi frăgezimea caracteristice, dar nu înlocuieşte gustul de ou. Pentru a stimula gustul intens de ou adăugaţi esenţă de vanilie. În cazul prăjiturilor cu fructe şi al fursecurilor pentru ceai, la care greutatea nu este importantă, un avocado pasat poate îmbunătăţi textura. Bananele pasate de asemenea conferă savoare: căutaţi în orice carte de bucate o reţetă pentru pîinea cu banane.

Praful de copt

Majoritatea plicurilor cu praf de copt comercializate în magazine conţin şi mici cantităţi de făină de grîu; cei care sînt alergici la grîu ar trebui să cumpere o marcă fără grîu sau să şi-l prepare ei înşişi. Se combină 60 g de bicarbonat de sodiu cu 130 g de sare de lămîie. Adăugaţi 60 g de făină de cartofi, făină de orez sau alt tip de făină care vă este permis. Treceţi amestecul printr-o sită de două ori şi puneţi-l într-un borcan închis etanş.

Drojdia

Principalele surse de drojdie sînt pîinea, cuburile concentrate de carne, extractul de drojdie şi băuturile alcoolice.

Pîinea cu bicarbonat, lipia şi *chapattis* sînt substituenţi potriviţi pentru pîinea dospită cu drojdie, deşi unele lipii pot conţine drojdie – prin urmare, verificaţi înainte de consum.

Pîinea cu bicarbonat conţine praf de copt.

Cuburile concentrate de carne sînt dificil de înlocuit, iar carnea de vită şi cea din tocană e insipidă fără ele, deşi papilele gustative se adaptează în cele din urmă. Dacă aveţi timp, puteţi să vă preparaţi propriile cubuleţe folosind oase şi resturi de carne sau resturile de la puii prăjiţi pentru cubuleţe de carne de pasăre. Adăugaţi cîteva foi de dafin sau alte ierburi şi fierbeţi aproximativ 20 de minute, de preferat într-o oală sub presiune. Înlăturaţi grăsimea

Scanned with OKEN Scanner

după ce se răceşte, scoateţi oasele şi apoi adăugaţi sare după gust. Cubuleţul concentrat poate fi refrigerat pentru utilizări ulterioare.

Pentru un cubuleţ concentrat fără drojdie, „instant", există un amestec vegetal de bulion, vîndut sub formă de pastă sau pudră. Poate fi cumpărat din unele magazine cu produse naturiste.

Seminţele de susan prăjite (puse pe folie de aluminiu şi prăjite în cuptor la foc mic) sau uleiul din seminţe de susan prăjite (care poate fi găsit în supermarketuri şi în magazinele sau raioanele cu specific chinezesc) pot fi de asemenea folosite pentru a da gust cărnii din tocane.

Untul de arahide

Untul de migdale şi de caju este delicios. Se găseşte în magazinele cu produse naturiste. Untul de alune este o altă alternativă la îndemînă, alături de cel din seminţe de susan şi halvaua de floarea-soarelui.

Ciocolata

Roşcova este un substituent acceptabil. Magazinele naturiste au diverse produse din roşcove şi puteţi de asemenea cumpăra praf de roşcove pentru prăjituri.

Cafeaua şi ceaiul

Ceaiul din rooibos are un gust similar celui obişnuit. Nu conţine cofeină, are puţin tanin, dar poate determina apariţia simptomelor la persoanele sensibile la ceai. Substituenţi pentru cafeaua decofeinizată sînt din belşug, inclusiv cafeaua din rădăcină de păpădie prăjită, cafeaua pe bază de orz prăjit şi cicoare. Orice substituent al cafelei poate irita mucoasa stomacală a celor care au alergie la cafea. Ceaiurile din plante provoacă în general mai puţine probleme.

Aperitivele

Seminţele de dovleac şi cele de floarea-soarelui constituie un aperitiv excelent şi ambele se pot găsi în majoritatea magazinelor naturiste. Astfel de magazine comercializează şi majoritatea tipurilor de nuci, inclusiv unele varietăţi mai puţin obişnuite, cum ar fi caju, fistic, nuci braziliene şi pecan – acestea sînt foarte utile pentru a varia dieta. Nucile de macadamia sînt foarte gustoase şi săţioase. Cartofii pai prăjiţi fără aditivi pot fi cumpăraţi din magazinele naturiste şi reprezintă o gustare bună. Chipsurile din făină de porumb de asemenea fără aditivi şi pop-cornul sînt potrivite pentru cei care nu au alergie la porumb. Fructele uscate, nuca de cocos şi năutul prăjit sînt alte gustări bune.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 3

Alimente înrudite

Importanţa relaţiei dintre alimente şi sensibilitatea alimentară este prezentată la pp. 94 şi 270. Pe scurt, o persoană care este sensibilă la o anumită plantă comestibilă (de exemplu, la portocale) poate avea reacţii puternice la alte plante înrudite (de exemplu, la lămîi şi grepfrut). Acelaşi lucru este valabil în cazul alimentelor de provenienţă animală.

În trecut cei care tratau intoleranţa alimentară puneau un accent puternic pe „familiile de alimente". Oamenii s-au orientat în mod automat spre clasificările familiilor de plante şi animale pentru a anticipa probabilitatea de apariţie a reacţiilor încrucişate.

Dar familia este doar un tip de grupare în taxonomii – ştiinţa clasificării biologice. O privire mai atentă asupra reacţiilor încrucişate apărute la pacienţi sugerează faptul că familia nu este întotdeauna cea mai semnificativă grupare de luat în considerare. Uneori avem nevoie de alte niveluri de clasificare. Un accent prea puternic pus pe familiile de alimente poate crea probleme. De exemplu, îi poate determina pe unii oameni cu sensibilitate alimentară să mănînce cantităţi prea mari din unele alimente potenţial neplăcute (de exemplu, peşte) şi să evite în mod inutil multe alte alimente vegetale.

În general, rolul reacţiilor încrucişate a fost poate exagerat în trecut. Singurele grupuri în care reacţiile încrucişate sînt cît de cît comune sînt cerealele, moluştele, peştii, citricele şi nucile. (Reacţiile încrucişate dintre polen şi anumite fructe şi legume sînt frecvente şi sînt prezentate în capitolul 5.)

Este important să facem distincţia între reacţiile încrucişate care apar sub forma unei sensibilizări la testele cutanate sau cele de sînge pentru anumite alimente specifice IgE şi reacţiile încrucişate care au drept rezultat simptome. Cele mai multe fac parte din prima categorie. Ar trebui să urmaţi sfatul alergologului dumneavoastră, dar în general nu trebuie să evitaţi un aliment doar pentru că a ieşit pozitiv la test: dacă îl puteţi mînca fără să aveţi simptome (fie imediate, fie întîrziate), atunci în majoritatea cazurilor nu există nici un motiv pentru a-l evita.

Grupurile taxonomice

- Un grup alcătuit din indivizi foarte asemănători alcătuiesc o *specie*.
- Speciile înrudite sînt grupate împreună într-un *gen*.
- Genurile înrudite sînt uneori grupate într-un *trib* sau o *subfamilie*.
- Genurile înrudite (triburi sau subfamilii) sînt grupate într-o *familie*.
- Familiile înrudite sînt grupate într-un *ordin*.
- Ordinele înrudite sînt grupate într-o *clasă*.
- Clasele înrudite sînt grupate într-o *încrengătură*.
- Încrengăturile înrudite sînt grupate într-un *regn*.

Relaţiile enumerate mai jos par să fie relevante pentru sensibilitatea alimentară. Plantele aromate şi condimentele sînt incluse doar acolo unde există probabilitatea de a fi consumate în cantităţi mari şi au potenţialul de a determina reacţii încrucişate.

Alimente de origine vegetală

1. Familia ierburilor, **Graminee**: grîu, secară, triticale, orz, ovăz, porumb, orez, orez sălbatic, mei, sorg, bambus, trestie de zahăr. Unele persoane reacţionează la toţi membrii familiei, dar majoritatea sînt alergice la grîu şi rudele sale apropiate sau la porumb. Subfamiliile sînt mult mai relevante în acest caz. Ele sînt:
   Pooidae: grîu, secară, orz, ovăz;
   Panicoideae: porumb, sorg, trestie de zahăr, trestie sau mei african;
   Bambusoideae: orez, orez sălbatic.
2. Familia cartofilor, **Solanaceae**: cartof (dar nu cartoful dulce), roşie, vînătă, ardei gras (ardei verde, roşu sau galben), paprica, ardei iute, tutun, agrişă.
3. Familia fasolelor şi a mazării, **Leguminosae**: mazăre, fasole (fasole boabe – albă, roşie, brună sau neagră, de asemenea fasolea gătită şi fasolea pitică boabe), arahide, soia, linte, fasole mare, mazăre decorticată, fasole bob, fasole neagră, fasole mung, fasole păstăi, năut, fasoliţă, roşcovă, fasole agăţătoare, fasole verde şi cafeluţe. Diferitele tipuri de fasole uscată şi formele lor verzi (fasolea verde, inclusiv cea vîndută sub formă congelată) sînt din aceeaşi specie şi trebuie considerate acelaşi tip de aliment. Arahidele aparţin unei subfamilii diferite, iar experienţa pacienţilor alergici la arahide a arătat că reactivitatea încrucişată cu alte legume este în general slabă, dar persoanele sensibile la arahide pot reacţiona la boabele de soia. Pacienţii sensibili la boabele de soia pot reacţiona la o gamă largă de legume. Oricine care are aceste sensibilităţi este sfătuit să evite consumul de ulei de arahide şi de soia, dar acest lucru probabil că nu este necesar în cazul uleiului rafinat, conţinutul de alergeni fiind neînsemnat (vezi p. 89). Cremele pentru eczeme care au în compoziţie ulei de arahide rafinat sînt diferite şi pot sensibiliza un copil vulnerabil la arahide (vezi p. 345).
4. Familia verzei, **Cruciferae**: unii membri ai acestei familii fac parte de fapt din aceeaşi specie, ceea ce înseamnă că sînt foarte strîns înrudiţi. Ei sînt: varza, conopida, varza de Bruxelles, broccoli, broccoli calabrese, gulia, napul şi varza furajeră. Acestea trebuie privite ca acelaşi tip de aliment. Alţi membri ai familiei sînt: napul turcesc, rapiţa, varza chinezească, hreanul, ridichea, napul galben, cresonul, năsturelul şi muştarul. Rapiţa poate determina reacţii încrucişate cu alte alimente din familia verzei, dar acest lucru este puţin probabil.
5. Familia morcovului, **Umbelliferae** (datorită faptului că au frunzele sub forma unei umbrele): morcov, păstîrnac, ţelină, rădăcină de ţelină, chimen dulce, pătrunjel, anason, chimen, mărar, chimion, coriandru.
6. Familia castravetelui, **Cucurbitaceae**: castravete, pepene galben, pepene verde, dovlecel, dovlecel italian, bostănel, dovleac.
7. Familia cepei, **Liliaceae**: ceapă, praz, haşmă, usturoi, arpagic, sparanghel.
8. Familia margaretei, **Compositae**: lăptucă, cicoare, andivă, anghinare, nap porcesc, barba-caprei, floarea-soarelui, şofrănel, muşeţel. Nu s-au făcut teste specifice pentru uleiul de floarea-soarelui sau de şofrănel, dar cele din comerţ sînt toate rafinate şi, date fiind rezultatele obţinute în cazul arahidelor şi uleiului de soia (vezi mai sus), este puţin probabil ca acestea să determine reacţii încrucişate cu alţi membri ai acestei familii.

Scanned with OKEN Scanner

9. Familia spanacului, **Chenopodiaceae**: spanac, rădăcină de spanac, sfeclă mangold, sfeclă, sfeclă de zahăr.
10. Familia nucului, **Juglandaceae**: nuci, pecan. Vezi şi secţiunea generală despre nuci (mai jos).
11. Familia palmierului, **Palmaceae**: nucă de cocos, curmale, sago, ulei de palmier.
12. Familia bananei, **Musaceae**: banană, plantains şi o formă de arorut.
13. Familia agudului, **Moraceae**: agud, smochin, hamei.
14. Familia hriştii, **Polygonaceae**: hrişcă, rubarbă.
15. Familia coacăzei, **Saxifragaceae**: coacăză neagră, coacăză roşie, coacăză albă, agrişă. De remarcat că, în prăjituri şi fursecuri, „coacăzele" folosite sînt stafide (Vitaceae – 19).
16. Familia trandafirului, **Rosaceae**: grupurile cele mai relevante pentru reacţii încrucişate sînt subfamiliile:
    Rosoideae: mure, zmeură, zmeură portocalie, mur pitic (toate acestea aparţin aceluiaşi gen, deci sînt foarte apropiate); de asemenea, căpşuni şi măceşe;
    Prunoideae: prună, prună uscată, caisă, prună verzuie, cireaşă, piersică, nectarină, porumbar (toate acestea aparţin aceluiaşi gen, deci sînt foarte apropiate); de asemenea, migdale;
    Maloideae: măr, pară, gutuie, moşmon, moşmon japonez.
17. Familia citricelor, **Rutaceae**: portocală, lămîie, mandarină, clementină, grepfrut, limetă, arborele de lămîie, tangelo. Toate acestea sînt membre ale aceluiaşi gen şi prin urmare înrudite, aşadar pot determina reacţii încrucişate. Fortunela este de asemenea un membru al familiei citricelor.
18. Familia caju, **Anacardiaceae**: caju, fistic, mango.
19. Familia strugurilor, **Vitaceae**: struguri, struguri tămîioşi, stafide, stafide fine, coacăze (fructele uscate – nu coacăzele negre sau cele roşii).
20. Familia afinelor, **Ericaceae**: afine (numite şi coacăze negre), merişor.
21. Familia mentei, **Labiatae**: mentă, busuioc, măghiran, oregano, rozmarin, salvie, cimbru, cimbrişor.
22. Regnul ciupercilor: ciuperci, trufe, zbîrciogi, gălbiori, drojdie, „microproteine", „quorn".

Carnea de pui şi ouă

23. Subfamilia fazanului, **Phasianinae**: pui, fazan, prepeliţă, potîrniche.
24. Subfamilia găinuşei de munte, **Tetraoninae**: găinuşa de munte, curcan, bibilică.
25. Familia raţei, **Anatidae**: toate tipurile de raţe şi gîşte.
26. Familia porumbelului, **Columbidae**: porumbel, pui de porumbel, porumbiţă.
27. Familia becaţinei, **Scolopacidae**: becaţină, sitar.
28. Ouă: toate ouăle de păsări sînt similare în privinţa conţinutului de proteine şi trebuie considerate un singur fel de alimente.

Peşte şi moluşte

29. Peşte: conceptul de familie nu este relevant atunci cînd vine vorba despre peşte, deoarece toţi peştii comestibili din grupul principal (*peştii vertebraţi*) au un tip special de proteină, cunoscută sub numele de *parvalbumină*. Paravalbumina este un puternic declanşator al reacţiilor alergice şi, din cauza ei, majoritatea persoanelor alergice la

Scanned with OKEN Scanner

peşte reacţionează la orice tip de peşte. Parvalbumina variază foarte puţin de la o specie la alta şi astfel reacţiile încrucişate sînt inevitabile. Aproximativ 40% dintre persoanele cu alergie la peşte pot tolera una sau mai multe specii de peşte. Speciile cu o probabilitate mai mare de a fi tolerate sînt tonul, cambula uriaşă şi scrumbia. Cel mai puţin toleraţi sînt: codul, somonul şi heringul. Parvalbumina se găseşte de asemenea şi în alte grupe de peşte: rechini, calcani, peşti plaţi şi rechini pitici (peşti cartilaginoşi). Dat fiind că există o puternică separare, în termenii timpului de evoluţie, între peştii vertebraţi şi cei cartilaginoşi, este foarte probabil că asemănarea între moleculele lor de parvalbumină nu e foarte mare. În mod surprinzător, nu au fost efectuate studii (din cîte ştim noi) asupra potenţialului calcanilor şi rechinilor pitici, de exemplu, de a fi toleraţi de pacienţii cu alergie la peşte. Parvalbumina se găseşte şi în broaşte, de aceea şi pot apărea reacţii încrucişate la persoanele alergice la peşte care mănîncă picioruşe de broască. De asemenea, există probabil şi alţi alergeni în peşti, nu doar parvalbumina.

30. Crustacee, încrengătura **Crustacea**: rac, homar, rac împlătoşat, crevete, langustă, krill. Molusca cu picioare: un grup foarte mare care include multe familii diferite. Majoritatea pacienţilor reacţionează la toate formele de crustacee, aşa că în acest caz conceptul de *familie* nu este relevant. Există un alergen comun tuturor, numit *tropomiozină*. Acesta este întîlnit şi la moluşte (vezi mai jos) şi este responsabil de reacţiile încrucişate cu acestea. Insectele şi căpuşele conţin de asemenea tropomiozină, ceea ce explică de ce cineva alergic la praful de căpuşe poate avea rezultate pozitive la testele alergice de piele pentru creveţi, deşi persoana respectivă nu a consumat vreodată aşa ceva sau alt tip de moluscă.
31. Moluşte, încrengătura **Mollusca**: midie, moluscă, melc de mare, stridie, molusca din familia Pectinidae, calmar, sepie, caracatiţă, melci. Moluştele fără picioare: şi în acest caz este vorba despre un grup foarte mare, dar conceptul de *familie* este de obicei irelevant. Persoanele sensibile la un anumit tip sînt de obicei sensibile la toate. Prezenţa tropomiozinei explică reacţiile încrucişate cu creveţii etc. (vezi mai sus).

Carne şi lapte

32. Familia bovinelor, **Bovidae**: vaci (viţel, vită), oi (miel, berbec), capre. Oile şi caprele sînt grupate într-o subfamilie, vacile în alta, aşa că reacţiile încrucişate apar cu o probabilitate mai mare între carnea de oaie şi carnea de capră. În cazul laptelui acestor trei specii, reacţiile încrucişate nu ţin cont de grupele taxonomice: persoanele sensibile la laptele de vacă reacţionează destul de des la laptele de capră, dar mai puţin frecvent la laptele de oaie. Nu se ştie de ce se întîmplă acest lucru.
33. Familia porcului, **Suidae**: porc (carne de porc, bacon, şuncă).
34. Familia căprioarei, **Cervidae**: carne de vînat.
35. Familia iepurelui, **Leporidae**: iepure de casă, iepure de cîmp.

Reacţii încrucişate neaşteptate

Nucile

Acestea necesită o atenţie deosebită, deoarece persoanele cu o reacţie alergică IgE la un tip de nuci sînt de multe ori alergice şi la altele, în ciuda faptului că majoritatea nucilor nu sînt deloc înrudite. În afara celor din familia nucului (numărul 10 din lista de mai sus) şi din

Scanned with OKEN Scanner

familia caju (numărul 18 mai sus), fiecare tip de nucă provine dintr-o familie diferită – pe scurt, sînt cel puţin opt familii de plante care ne furnizează nuci comestibile. Deşi reacţiile încrucişate cele mai puternice au loc între nuci şi pecan (ambele Juglandaceae) şi între caju şi fistic (ambele Anacardiaceae) – ceea ce are sens din punct de vedere biologic –, există numeroase alte reacţii încrucişate între nuci din familii complet diferite.

În mod tradiţional, în medicină se face distincţie între alune şi nuci, dar nucile din diferite familii sînt la fel de puţin înrudite între ele precum sînt cu alunele. Aşadar de ce există această aparentă reacţie încrucişată între ele? Caracteristica comună a nucilor este „modul lor de viaţă": majoritatea nucilor sînt cărate şi ascunse în scorburi sau îngropate în pămînt de către animale. Arahidele se îngroapă singure în pămînt pe măsură ce cresc: lujerii lor cresc departe de lumină. Toate nucile conţin rezerve mari de substanţe şi anumiţi constituenţi chimici necesari pentru a împiedica putrezirea. *Proteinele de păstrare a semin-ţelor* sînt alergenii cei mai obişnuiţi din nuci. Acestea reprezintă un set de proteine foarte vechi al plantei, care se regăsesc la multe plante vii. Ele pot fi întîlnite în seminţele unor specii diverse de plante, ceea ce explică reacţiile încrucişate care apar atît între nuci şi seminţele de susan, cît şi între nuci şi seminţele de mac.

Persoanele alergice la arahide pot să nu fie afectate de alte tipuri de nuci: reacţiile încrucişate cele mai slabe sînt între arahide şi alte nuci. Dar oricine a avut vreodată o reacţie alergică severă la arahide ar trebui să încerce alte nuci cu mare grijă. Discutaţi cu medicul dumneavoastră. Testul braţului, obrazului şi buzelor (vezi pp. 111-112) poate fi util.

Copiii mici care sînt alergici la arahide tind să nu fie alergici şi la nuci, dar pot dezvolta o alergie la unul sau mai multe tipuri de nuci pe măsură ce cresc. Opiniile sînt diferite: unii specialişti susţin că copiii cu alergie la arahide trebuie să evite toate nucile, alţii – că aceşti copii pot consuma varietăţile de nuci care nu îi afectează.

Reacţii încrucişate între produsele din plante

Unele persoane cu rinită alergică descoperă că sînt afectate de diferite fructe şi legume (vezi capitolul 5). Persoanele alergice la latex (cauciuc) prezintă uneori o reacţie încrucişată cu anumite fructe (vezi pp. 94-95).

Reacţii provocate de o asemănare întîmplătoare între alergeni

Unele reacţii încrucişate nu au nici sens: ele apar ca urmare a unei asemănări pur întîmplătoare între alergeni. Una dintre ele este reacţia încrucişată dintre praful casnic şi fructul de kiwi. Uneori, persoanele cu sensibilitate la praful casnic reacţionează violent la kiwi atunci cînd îl mănîncă pentru prima dată, din cauza acestei reacţii încrucişate. Există dovezi ale unei reacţii încrucişate asemănătoare între praf şi papaya.

Scanned with OKEN Scanner

Indexul alimentelor

Vă rugăm să citiţi introducerea acestei secţiuni înainte de a folosi următoarea listă.

Numărul care însoţeşte alimentul indică grupul (din lista anterioară) din care face parte. Litera „S" arată că este singurul membru consumat în mod obişnuit din familia sa (în acest caz nu va apărea în lista de mai sus).

afine 20
agrişe 15
agrişe chinezeşti S
agude 13
alune S
ananas S
anason 5
andive 8
anghinare S
arahide 3
ardei gras 2
ardei iute 2
ardei roşu 2
ardei verde 2
arorut S
arorut (Musa) 12
arpagic 7
avocado S
bamă S
bambus 1
banană 12
barba-caprei 8
batat S
becaţină 27
berbec 32
bibilică 24
boabe de soc S
bostănel 6
broaşte S
broccoli 4
broccoli calabrese 4
busuioc 21
caisă 16
caju 18
calmar 31
capră 32
caracatiţă 31
carne de vită 32
carne de vînat 34
cartof dulce S
castan de apă S
castane S
castravete 6
căpşuni 16
ceai S
ceapă 7
chimen 5
chimen dulce 5
cicoare 8
cimbru 21
ciocolată S
ciuperci 22
clementine 17
coacăze 15, 19
coacăze albe 15
coacăze negre 15
coacăze roşii 15
coacăze uscate 16
conopidă 4
coriandru 5
creson 4
creveţi 30
curcan 24
curmal japonez S
curmale 11
dovleac 6
dovlecel 6
dovlecel italian 6
drojdie 22
fasole 3
fasole agăţătoare 3
fasole albă 3
fasole boabe 3
fasole neagră 3
fasole pitică 3
fasole prăjită 3
fasole verde 3
fasoliţă 3
fazan 23
fistic 18
floarea-soarelui 8
fortunela 17
fructul pasiunii S
găinuşă 24
gălbiori 22
gelatină 32
gîscă 25
grepfrut 17
grîu 1
guava S
gulie 4
gutuie 16
hamei 13
haşmă 7
homar 30
hrean 4
hrişcă 14
iepure 35
kiwi S
langustă 30
lapte 32
lămîie 17
lăptucă 8
limetă 17
linte 3
lucernă 3
lychee S
mandarină 17
mango 18
mate S
mazăre 3
mazăre decorticată 3
măceşe 16
măghiran 21
măr 16
mărar 5
măsline S
mei 1
melci 31
melci de mare 31
mentă 21
merişor 20
microptoteină 22
midii 31
miel 32
migdală 16
moluşte 31
morcov 5
moşmon 16
moşmon japonez 16
mur pitic 16
mure 16
muşeţel 8
muştar 4

Scanned with OKEN Scanner

nap 4
nap galben 4
nap porcesc 8
nap turcesc 4
năsturel 4
năut 3
nectarină 16
nucă braziliană S
nucă de cocos 11
nucă de macadamia S
nucă de pin S
nuci 10
oregano 21
orez 1
orez sălbatic 1
orz 1
ouă 28
ovăz 1
papaya S
pară 16
păstîrnac 5
pătrunjel 5
pecan 10
pepene galben 6
pepene verde 6
peşte 29
piersică 16
piper (alb/negru) S
plantain 12
porc 33
portocală 17
porumb 1
porumbar 16
porumbel 26
potîrniche 23
praz 7
prepeliţă 23
prună 16
prună verzuie 16
pui 23
quorn 22
rac 30
rac împlătoşat 30
rapiţă 4
raţă 25
rădăcină de spanac 9
rădăcină de ţelină 5
ridiche 4
rodie S
roşcovă 3
roşie 2
rozmarin 21
rubarbă 14
sago 11
salvie 21
scoici 31
secară 1
sepie 31
sfeclă 9
sfeclă de zahăr 9
sfeclă mangold 9
sirop de arţar S
sitar 27
slănină 33
smochină 13
soia 3
sorg 1
spanac 9
sparanghel 7
stafide 19
stafide fine 19
stridii 31
struguri 19
struguri tămîioşi 19
susan S
şofrănel 8
şuncă 33
tangelo 17
tapioca S
trestie de zahăr 1
triticale 1
trufe 22
tutun 2
ţelină 5
ulei de palmier 11
usturoi 7
varză 4
varză chinezească 4
varză de Bruxelles 4
varză furajeră 4
vicia faba 3
vişine 16
vînătă 2
zbîrciog 22
zmeură 16
zmeură portocalie 16

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 4

Aditivii alimentari

În prezent se folosesc aproximativ 3.500 de aditivi, dar nu toţi sînt compuşi sintetici. Unii sînt produşi naturali sau versiuni sintetice ale chimicalelor naturale, deşi acest lucru nu înseamnă că sînt substanţe pe care le consumăm în mod obişnuit. În Marea Britanie, o persoană consumă în medie peste 5 kg de substanţă uscată de aditivi într-un an. În prezent, tot în Marea Britanie se consumă o cantitate de cel puţin zece ori mai mare decît cu 50 de ani în urmă, însă doar jumătate din cantitatea consumată în medie de americani. Cei care consumă foarte multe alimente ambalate, procesate sau semipreparate pot să mănînce pînă la de două ori cantitatea medie sau chiar mai mult. Copiii, în special, sînt expuşi la un consum mare, întrucît multe dintre produsele comercializate care li se adresează sînt bogate în aditivi.

Majoritatea alimentelor şi băuturilor trebuie să aibă menţionaţi pe etichete toţi aditivii (în afara celor de aromă). Unele articole sînt scutite: vinul, berea şi alte băuturi alcoolice şi orice aliment sau băutură din cafenele sau restaurante. Alimentele vîndute fără ambalaj, de asemenea, nu trebuie să aibă etichetă, inclusiv pîinea, brînza, pateurile şi alimentele similare, cîrnaţii, şunca, prăjiturile şi produsele de cofetărie. Există o mare probabilitate ca toate acestea să conţină aditivi. Fructele uscate sînt tratate de obicei cu bioxid de sulf, dar acest lucru nu este menţionat pe etichetă – fructul care nu este tratat are de obicei eticheta cu „nesulfurat" (vezi de asemenea p. 123).

Chiar şi în cazul alimentelor etichetate, producătorii sînt obligaţi să treacă doar aditivii adăugaţi de ei – de exemplu, un pachet de chipsuri poate avea pe etichetă „cartofi, ulei vegetal, sare", dar uleiul poate conţine un antioxidant, de exemplu, BHT. Întrucît producătorul a achiziţionat ulei cu BHT deja adăugat, el nu este obligat să-l treacă pe etichetă.

O altă sursă de „aditivi ascunşi" sînt medicamentele. Ele pot conţine coloranţi (de exemplu, tartrazină), conservanţi şi antioxidanţi, aspartam, sorbitol sau xilitol (vezi capitolul 10; probabil că produsele „fără zahăr" conţin aceşti aditivi). Aceştia nu trebuie trecuţi pe etichetă. Deşi farmaciştii au informaţii despre unele produse, ei nu le deţin pentru toate, deoarece producătorii nu sînt obligaţi să-şi dezvăluie toate ingredientele. Unele persoane au avut reacţii adverse la aditivii din pastile, în special la coloranţi. Azocoloranţii (vezi mai jos) sînt printre cei mai periculoşi aditivi, în sensul numărului de cazuri de sensibilitate raportate, şi totuşi sînt foarte des utilizaţi în medicamente, în special în siropurile pentru copii. (Reţineţi că medicamentele pot conţine de asemenea ingrediente alimentare, cum ar fi lactoza, glutenul, uleiul de arahide sau uleiul de susan. Vezi anexa 1 pentru numele alimentelor folosite în etichetele farmaceutice.)

O atenţie sporită se acordă componentelor GM (modificate genetic) din aditivii alimentari actuali. Din punctul nostru de vedere, astfel se încearcă să se distragă atenţia de la problemele reale. Ameninţările la adresa sănătăţii pe care le reprezintă ingredientele GM sînt mai mult

ipotetice, în timp ce ameninţările reprezentate de proprietăţile cancerigene, toxice şi iritante ale aditivilor alimentari sînt demonstrate de studii ştiinţifice.

În orice caz, unele temeri legate de aditivii alimentari sînt exagerate: în cantităţi mici este puţin probabil să fie dăunători.

Aditivii alimentari

Conservanţii, E200-297. Aceştia previn degradarea alimentelor de către bacterii şi ciuperci. Peste 40 sînt aprobaţi în Marea Britanie şi cantitatea în care pot fi utilizaţi este limitată prin lege. Conservanţii consideraţi cei mai periculoşi pentru sănătate sînt nitraţii şi nitriţii (E249-252), folosiţi de mulţi ani pentru producerea şuncii – au potenţial cancerigen. Din cauza tradiţiei îndelungate de utilizare şi a faptului că gustul specific de bacon nu poate fi obţinut altfel, aceşti conservanţi sînt dificil de scos în afara legii.

Conservanţii sînt folosiţi în majoritatea vinurilor. Un grup de conservanţi, benzoaţii (E210-219), pare să determine probleme de sensibilitate la persoanele sensibile de asemenea la aspirină şi/sau tartrazină (E102). Sulfaţii, metabisulfiţii şi bioxidul de sulf (E220-227) pot declanşa crize de astm (vezi p. 123), deoarece au un efect iritant asupra căilor respiratorii.

Antioxidanţii, E300-321. Împiedică grăsimile şi uleiurile să rîncezească. Se folosesc doar la anumite alimente şi cantitatea utilizată este limitată prin lege. Cei care au probabilitatea cea mai mare de a provoca probleme de sănătate sînt BHA şi BHT (E320 şi 321). Un studiu a demonstrat că BHT determină modificări comportamentale la animale.

Emulsificatorii şi stabilizatorii, E322-495. Îmbunătăţesc textura. Cantitatea care poate fi folosită nu este limitată, dar sînt interzişi pentru anumite alimente. Unii dintre cei permişi în Marea Britanie sînt interzişi de Comunitatea Europeană, deoarece au potenţial cancerigen – aceştia sînt E430, E433 şi E435.

Coloranţii, E100-180. Includ atît coloranţii naturali, cît şi pe cei sintetici. Unii coloranţi „naturali" sînt extraşi din ierburi, urzici şi alte plante sau produşi printr-un proces chimic. Există în prezent moda de a extrage coloranţi din ciuperci sau plante celulare de cultură – deoarece şi acestea sînt considerate „naturale", chiar dacă derivă din produse care nu sînt considerate comestibile. Astfel de coloranţi se doresc a fi înlocuitori pentru coloranţii sintetici cunoscuţi sub denumirea de azocoloranţi, care au provocat numeroase probleme. Azocoloranţii includ coloranţi ca tartrazina şi amarantul. Doi dintre coloranţii „naturali" – caramel (E150) şi negru-cărbune vegetal (E153) – sînt de asemenea potenţial cancerigeni (unele forme de caramel par sigure, altele nu sînt – majoritatea sînt produse în prezent prin procese chimice). Negru-cărbune este interzis în Statele Unite. În afara potenţialului lor efect cancerigen, mulţi azocoloranţi au fost reclamaţi ca generatori de reacţii de sensibilitate, mai ales la copii.

Potenţatorii de aromă, E620-635. Cel mai important dintre aceştia este glutamatul monosodic sau MSN şi rudele sale, E620-623. Consumul ridicat de MSN se spune că produce o serie de simptome cunoscute sub numele de „sindromul restaurantului chinezesc" – simptomele asociate acestei boli variază considerabil: „durere şi furnicături în coşul pieptului, care radiază spre braţe, adesea asociate cu palpitaţii şi stare de leşin", conform unei autorităţi, dar „înroşirea, transpiraţia, pierderea echilibrului, dureri de cap şi hipotensiune (presiune scăzută a sîngelui)" conform alteia. Studiile nu au reuşit să confirme existenţa vreunei reacţii, însă s-a emis ipoteza că sursa MSN este importantă. Există dovezi că MSN ar putea provoca crize de astm.

Scanned with OKEN Scanner

Aromatizanţii. Aceştia nu trebuie trecuţi pe etichetele produselor, spre deosebire de alţi aditivi. Există peste 3.000 de astfel de aditivi, care nu sînt înscrişi în categoria E-urilor, şi majoritatea nu au fost testaţi adecvat pentru a verifica dacă sînt „siguri". Totuşi, sînt folosiţi în cantităţi foarte mici şi se consideră că datorită acestui fapt sînt inofensivi. Deşi acest lucru poate fi valabil pentru majoritatea aromatizanţilor, există suspiciuni cu privire la unii dintre ei, mai ales la un grup cunoscut sub denumirea de etili, care sînt potenţial toxici. O persoană obişnuită consumă mici cantităţi de etili, dar oricine consumă cantităţi mari de dulciuri, chipsuri şi băuturi nealcoolice va ingera o doză foarte mare.

Testarea aditivilor

Toţi aditivii noi sînt testaţi cu multă atenţie, deşi rareori se fac teste pe oameni - cobaii, şoarecii, bacteriile şi culturile de celule umane în eprubete sînt subiecţii folosiţi în testare. Există puţine cazuri de îmbolnăviri în rîndul muncitorilor din industria alimentară care manevrează aditivi, ceea ce ridică întrebarea dacă oamenii reacţionează diferit faţă de animalele folosite la testare. Există de asemenea şi unele preocupări legate de modul în care se efectuează testele. S-a descoperit că un laborator comercial Statele Unite, care efectua aproximativ 30% dintre testările mondiale privind siguranţa alimentară, falsifica de mulţi ani rezultatele obţinute. Deşi laboratorul a fost închis, mulţi aditivi care au fost declaraţi siguri pe baza testărilor realizate acolo sînt încă utilizaţi.

Au fost exprimate temeri şi în legătură cu posibilitatea apariţiei „efectelor de cocteil" - impactul necunoscut al consumului de doi sau mai mulţi aditivi odată. O singură masă poate conţine pînă la 60 de aditivi diferiţi şi totuşi, în mod surprinzător, efectul combinaţiilor de aditivi nu este niciodată luat în considerare atunci cînd se stabilesc standardele de siguranţă. Foarte puţine teste au fost realizate în acest domeniu, din cauza lipsei de resurse. Un test în care doi conservanţi au fost testaţi împreună a arătat că aveau un efect mult mai puternic combinaţi decît atunci cînd erau consumaţi separat. Un specialist din domeniul sănătăţii publice, autor al unei cărţi despre aditivi publicate de Comisia Europeană, afirma: „Putem spune pe bună dreptate că nu poate fi exclusă posibilitatea ca două substanţe, ambele inofensive, să determine prin interacţiunea lor apariţia unui produs toxic".

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 5

Apa îmbuteliată şi filtrele de apă

Apa îmbuteliată

Consumul de apă poate influenţa simptomele unor pacienţi care prezintă eczemă atopică, probabil din cauza conţinutului de minerale (vezi p. 117). Într-un studiu asupra artritei reumatoide, mai mulţi pacienţi, supuşi la o testare dublu-orb, au prezentat o înrăutăţire a stării de sănătate ca urmare a consumului de apă de la robinet. Nu există o explicaţie pentru acest efect. În plus, există persoane cu intoleranţă alimentară sensibile şi la unele substanţe sintetice, care pot fi afectate de cele din apa de la robinet. Această anexă tratează diverse lucruri legate de consumul de apă, cu un accent deosebit asupra poluanţilor şi tratamentelor chimice (de exemplu, clorizarea), deoarece persoanele sensibile la chimicale pot avea multe probleme din cauza acestora.

Există o confuzie legată de sensul sintagmei „apă minerală", care complică discuţia asupra apei îmbuteliate. Apa de la robinet şi orice fel de apă de izvor sau de fîntînă conţine săruri minerale (calciu, magneziu, sodiu, fier etc.) dizolvate. Compoziţia apei este influenţată de tipul de rocă pe care îl străbate; unele ape de izvor conţin mari cantităţi de minerale. Într-o vreme se credea că aceste ape au proprietăţi curative şi erau denumite „ape minerale". (De fapt, apa bogată în minerale este prea puţin benefică pentru sănătate şi unele ape pot fi primejdioase pentru cei cu probleme renale.) În zilele noastre, apa îmbuteliată provine adesea din aceleaşi izvoare şi este vîndută sub numele de „apă minerală", deoarece această etichetă denotă faptul că este o apă de calitate mai bună, dintr-o sursă naturală. Însă majoritatea apelor cu foarte multe minerale nu sînt marcate ca atare, iar cele comercializate conţin în general puţine minerale – astfel încît să nu provoace probleme de sănătate. Puţine mărci sînt bogate în sodiu şi trebuie evitate de cei care urmează diete sărace în sodiu.

Principalul motiv pentru cumpărarea apei îmbuteliate nu îl reprezintă ceea ce conţine, ci mai degrabă ceea ce nu conţine. Într-o mare măsură nu este contaminată cu compuşii care afectează apa de la robinet. Apele îmbuteliate nu sînt tratate cu clor şi majoritatea conţin mult mai puţini nitraţi. (Perrier este o excepţie. Un studiu al Asociaţiei Consumatorilor a arătat că conţinutul său de nitraţi era aproape de maximumul permis de Comunitatea Europeană şi de două ori mai mare faţă de cel al altor ape minerale.) Datorită locaţiei izvoarelor, apa minerală îmbuteliată este puţin probabil să fie contaminată de pesticide, solvenţi industriali şi alţi poluanţi. Apa îmbuteliată are un gust mult mai bun decît cea de la robinet şi acesta este motivul principal pentru care majoritatea persoanelor o consumă.

Datorită faptului ca nu este clorizată, apa îmbuteliată poate conţine un număr mare de bacterii. Testele au indicat un nivel ridicat la unele mărci. În orice caz, nu este vorba despre bacterii dăunătoare. Apa carbogazoasă rezistă mai bine la dezvoltarea bacteriilor decît apa plată.

Apa îmbuteliată poate fi foarte scumpă comparativ cu apa filtrată, aspect ce trebuie luat în considerare de către oricine se gîndeşte la un consum pe termen lung.

Filtrele de apă

Există mai multe metode de a îndepărta elementele contaminante din apă: filtre cu carbon activ sau filtre de apă cu osmoză inversă.

Filtrele cu carbon activ

Carbonul activ reprezintă o suprafaţă foarte reactivă care atrage substanţe precum clorul, cloroformul, tetraclorura de carbon, tricloretilena, fenolii, DDT-ul, alte pesticide, PCB-ul şi dioxinele. Acestea şi alte molecule organice care se află în apa de la robinet se prind de carbon, decontaminînd apa.

Există diferite forme de carbon activ; carbonul activ granular (CAG) este unul dintre cele mai eficiente. Cantitatea şi calitatea carbonului activ din filtru determină eficienţa sa în îndepărtarea poluanţilor. Filtrele de plumb conţin mult mai mult carbon activ decît cănile-filtru.

O problemă majoră a acestor filtre este faptul că reprezintă un teren ideal pentru înmulţirea bacteriilor, inclusiv a celor dăunătoare. Pentru a combate dezvoltarea bacteriilor, majoritatea acestor filtre sînt în prezent impregnate cu argint. Există semnale alarmante privind scurgerile de argint în apă (să nu-i credeţi pe excentricii care vă spun că o soluţie bogată în argint este bună pentru organism – nu este, vă colorează pielea în gri-albăstrui). Noile metode de producţie, precum legarea argintului de carbon la temperaturi înalte, pot contribui la depăşirea acestei probleme.

Osmoza inversă

Această formă de filtrare este disponibilă doar la filtrele de plumb. Se foloseşte o membrană cu găuri microscopice prin care pot trece doar moleculele de apă. Apa de la robinet este reţinută într-o cameră, iar moleculele de apă se preling lent într-o altă cameră. Membrana înlătură majoritatea poluanţilor organici (vezi mai jos) şi elimină fluorul, plumbul şi alte metale, spre deosebire de filtrele cu carbon activ.

Din păcate, procesul este foarte lent (chiar şi cele mai bune filtre produc doar 20 de litri pe zi) şi sînt utilizate cantităţi mari de apă de la robinet pentru a produce o cantitate relativ mică de apă filtrată (pînă la 10 litri pentru un litru filtrat). Multe dintre mineralele naturale din apă sînt îndepărtate în acelaşi timp, lăsînd un produs cu un gust insipid. Fără minerale, apa îşi pierde gustul caracteristic şi, din moment ce avem nevoie de o anumită cantitate de minerale în apă, această apă foarte purificată s-ar putea să nu fie foarte sănătoasă.

Şi mai îngrijorător, o mică parte din molecule pot trece prin membrană odată cu apa, inclusiv unii compuşi de clor despre care se ştie că sînt periculoşi. Aceştia au tendinţa de a se concentra în apa filtrată, agravînd problema iniţială.

Această dificultate este uşor de depăşit totuşi prin combinarea unui dispozitiv de osmoză inversă cu un filtru cu carbon activ. Sistemele de acest tip produc o apă de o înaltă puritate, necesară unor pacienţi cu sensibilitate la substanţele sintetice. Însă problema conţinutului scăzut de minerale încă trebuie rezolvată şi oricine consumă acest tip de apă în mod constant

Scanned with OKEN Scanner

s-ar putea să aibă nevoie de un supliment de minerale. Cheltuiala şi viteza mică de filtrare sînt alte două dezavantaje importante ale acestui tip de sistem.

Unii medici au declarat că pacienţii cu o sensibilitate foarte mare la chimicale reacţionează la apa care a fost în contact cu plasticul, deoarece cantităţi microscopice de substanţă se scurg din plastic în apă. Acest lucru este puţin probabil, excepţie făcînd cîţiva pacienţi foarte sensibili. Atunci cînd sînt suspectate astfel de probleme, dispozitivele de osmoză inversă în structuri de plastic care nu permit scurgerea sau de oţel inoxidabil sînt o posibilă soluţie: verificaţi dacă plasticul este într-adevăr sursa problemei înainte de a alege această variantă. Consumul de apă minerală din bidoane de sticlă o perioadă poate fi un bun test. Dacă aveţi încă probleme atunci cînd beţi apă îmbuteliată în sticlă, scrieţi producătorului pentru a verifica dacă apa este depozitată în plastic înainte de a fi îmbuteliată. Nu uitaţi însă că este posibil ca altceva să vă producă simptomele.

Alegerea unui filtru

Există două probleme majore în alegerea unui filtru. În primul rînd, fără analize chimice este imposibil de spus dacă produsul funcţionează bine, deşi, dacă are un defect major, poate fi detectat un miros de clor în apa filtrată. În al doilea rînd, în prezent nu există nici un fel de standarde pentru filtrele de apă casnice. În calitate de client, trebuie să fiţi foarte bine informat despre ceea ce cumpăraţi. În prezent, unele filtre de pe piaţă înlătură de fapt foarte puţini factori contaminanţi din rezerva de apă. Altele pot funcţiona bine la început, dar performanţa lor scade rapid – cu mult înainte ca ele să filtreze numărul de litri promişi de producător.

Singura ţară în care se aplică standarde de consum privind filtrele de apă casnice este SUA, unde Environmental Protection Agency (Agenţia de Protecţie a Mediului) impune înregistrarea filtrelor impregnate cu argint şi stabileşte o limită pentru cantitatea de argint care se poate scurge în apă. În Marea Britanie, Water Research Centre (Centrul de studiu al apei) lucrează la un proiect ce vizează unele aspecte ale filtrelor de apă, dar nu şi performanţa lor de ansamblu.

Majoritatea filtrelor de apă cumpărate sînt de tipul cănilor-filtru. Avantajul acestora este că investiţia iniţială este foarte mică. Costul la litru este mai mic decît la apa îmbuteliată, deşi gustul apei nu este la fel de bun.

Obiectivul principal al cănilor-filtru este îmbunătăţirea gustului şi aspectului apei şi reducerea durităţii (a carbonatului de calciu sau a „depunerilor"), astfel încît aceste căni să nu aibă depuneri de calcar. Ele conţin un filtru de carbon activ pentru a înlătura clorul şi o altă componentă, o răşină ce asigură schimbul de ioni, care înlătură carbonatul de calciu. Această componentă înlătură, de asemenea, plumbul şi alte metale. Carbonatul de calciu nu este periculos pentru sănătate şi nu poate determina reacţii alergice, aşa că de el beneficiază mai degrabă cănile decît consumatorul.

Carbonul activ înlătură de asemenea şi unii poluanţi organici, cum ar fi cloroformul şi tricloretilena, dar majoritatea filtrelor de tip cană nu sînt proiectate pentru această sarcină. Ele conţin o cantitate relativ mică de carbon activ şi nu pot înlătura toţi contaminanţii organici. De fapt, cei mai mulţi producători nici nu susţin acest lucru, dar majoritatea persoanelor care cumpără aceste filtre au o impresie exagerată despre calităţile lor.

Pentru persoanele a căror problemă principală este sensibilitatea la clor şi care nu-şi pot permite un filtru de plumb, o cană-filtru poate fi o alegere bună.

Majoritatea cănilor-filtru conţin argint, care previne dezvoltarea bacteriilor, dar chiar dacă argintul este prezent, este important ca apa să nu fie lăsată în cană mai mult de o zi,

Scanned with OKEN Scanner

deoarece se pot aduna bacterii. De obicei nu sînt specii dăunătoare, dar este bine să fiţi atent. Partea de sus a cănii ar trebui curăţată o dată pe săptămînă. Cănile-filtru fără argint nu sînt recomandate. Dacă pe pachetul filtrului nu scrie că ar conţine argint, probabil că nu conţine.

În zonele cu apă dură, filtrul nu va rezista cît susţine producătorul. Totuşi, elementul de carbon activat ar trebui să funcţioneze şi după ce răşina care asigură schimbul de ioni este saturată cu carbonat de calciu. Aşadar ar trebui să continue eliminarea clorului chiar dacă se acumulează depuneri de calcar pe cană.

Filtrele de plumb care utilizează carbon activ sînt proiectate pentru a îndepărta mai multe elemente din apă decît cănile-filtru. Ele conţin mult mai mult carbon, de obicei de o calitate superioară. Majoritatea acestor filtre nu conţin răşini care asigură schimbul de ioni, prin urmare nu dedurizează apa şi nici nu elimină metale precum plumbul. Pentru cei care au o problemă legată de sensibilitatea la chimicale, ele reprezintă o bună alegere. (Plumbul este cu adevărat o problemă dacă există ţevi de plumb în zonele cu apă foarte moale.)

Un filtru de acest tip poate costa mult, dar rezistă mulţi ani. Costurile reale de întreţinere ajung să fie mult mai mici decît la cănile-filtru. (Prin comparaţie, filtrele de apă cu osmoză inversă sînt foarte scumpe la început. Odată ce au fost făcute aceste cheltuieli, costurile de întreţinere, în termeni de înlocuire a filtrelor şi membranelor, sînt în general foarte scăzute.)

Nu cred că mai este nevoie să spunem că filtrele mai bune sînt mai scumpe, dar un preţ mai mare nu este un indicator infailibil al calităţii, aşa că trebuie să puneţi cîteva întrebări:

- Conţine argint? (Dacă nu, atunci probabil că este periculos.)
- Filtrul este înregistrat la agenţia de mediu? Care este numărul de înregistrare? Dacă nu este înregistrat, atunci trebuie să întrebaţi ce cantitate de argint trece în apa filtrată. (Cereţi să vi se arate cifrele. Ar trebui să fie mai mici de 0,05 părţi la un milion, ceea ce poate fi exprimat şi ca 50 de părţi pe miliard, 50 de micrograme pe litru sau 50 g pe litru.)
- Ce procent de îndepărtare a clorului, a chimicalelor organice clorinate, a pesticidelor şi a solvenţilor organici asigură? Cereţi să vi se arate rezultatele testelor. (Ar trebui să fie peste 95% pentru fiecare din aceste grupuri. Testele trebuie să fie făcute de un laborator independent.)
- Cîţi litri de apă va procesa filtrul în total?
- La ce procent de eliminare ne putem aştepta spre finalul perioadei de funcţionare? (Este o întrebare esenţială – producătorul poate declara că filtrul este bun pentru 20.000 de litri, dar, dacă elimină doar 30% din elementele contaminante după 16.000 de litri, aţi putea la fel de bine să beţi apă de la robinet. Filtrele bune ar trebui să îndepărteze 90% sau mai mult spre finalul utilizării lor.)
- Cît de mult costă înlocuirea unui filtru?

Avînd aceste cifre, puteţi calcula preţul pe litru (sau costul pe galon pentru un filtru produs în Statele Unite – un galon american este egal cu 3,8 litri). Nu uitaţi că preţul cel mai mic pe litru s-ar putea să nu fie cel mai bun şi în termenii calităţii apei.

Aceleaşi întrebări trebuie adresate şi dacă alegeţi un filtru care combină carbonul activ cu osmoza inversă (vezi mai sus). Dacă nu conţin argint, întrebaţi despre controlul bacteriologic. Filtrele care funcţionează doar prin osmoză inversă nu sînt recomandabile.

Nici unul dintre sistemele enumerate anterior nu îndepărtează bacteriile dăunătoare; pot fi utilizate doar pentru apa de la robinet care a fost deja clorizată sau, în orice caz, tratată. Toate tipurile de apă folosite în alimentaţia copiilor trebuie fiartă înainte de consum, inclusiv apa îmbuteliată sau filtrată.

Scanned with OKEN Scanner

Cei care pot lua apă direct de la un puţ sau izvor îşi pot procura dispozitive care distrug bacteriile şi, de asemenea, îndepărtează poluanţii şi sedimentele. Acestea sînt cunoscute sub denumirea de sisteme de purificare a apei şi sînt mult mai scumpe, dar apa obţinută ar trebui să fie de o calitate foarte bună.

Sisteme de dedurizare a apei pentru eczeme

În zonele cu apă dură, eczemele copiilor pot fi reduse dacă apa folosită pentru spălat şi baie este dedurizată. Sistemele de dedurizare cu plumb sînt disponibile şi elimină o mare parte din carbonatul de calciu (depunerile de calcar) din apă.

Scanned with OKEN Scanner

Anexa 6

Alimente care conțin salicilați

Evitarea alimentelor care conţin salicilaţi nu este benefică în majoritatea cazurilor. Dar dacă aveţi o reacţie violentă la aspirină şi nu vă simţiţi bine nici după evitarea aspirinei, o dietă săracă în salicilaţi poate fi o soluţie.

Următoarele alimente au un conținut ridicat de salicilați

Majoritatea ierburilor aromate, în special menta, cimbrul, tarhonul, rozmarinul, usturoiul, salvia, oregano, măghiranul şi busuiocul. De asemenea, seminţele de ţelină şi cele de susan

Majoritatea mirodeniilor, în special anasonul, ardeiul roşu, chimenul, praful de curry, schinduful, nucşoara, muştarul, paprica şi şofranul de India

Majoritatea fructelor, mai puţin bananele, perele (trebuie decojite), rodiile, mango şi papaya

Majoritatea legumelor, cu excepţia verzei, verzei de Bruxelles, fasolei boabe, ţelinei, prazului, lăptucii şi mazărei. Castraveţii, castraveciorii, măslinele şi andivele sînt foarte bogate în salicilaţi

Pieliţa de la roşie, dar nu roşia în sine. Porumbul dulce şi cartofii dulci

Migdale, nuci braziliene, nuci de macadamia, arahide, nuci de pin, fistic şi castane. De asemenea, nuca de cocos şi castanele de apă

Cafea, ceai, cola şi ceai de mentă

Sucuri de fructe, majoritatea băuturilor alcoolice (dar nu şi ginul şi votca), miere, lemn-dulce, bomboane de mentă

Cuburi concentrate pentru supe şi alte produse bogate în drojdie

Sos de roşii şi sos Worcester

Multe alimente procesate şi mîncăruri instant

Scanned with OKEN Scanner

Următoarele alimente au un conținut redus de salicilați

Carne, peşte şi fructe de mare
Lapte, brînză şi ouă
Grîu, secară, ovăz, orz şi orez
Unele fructe şi legume, menţionate mai sus

Scanned with OKEN Scanner

www.polirom.ro

Redactori: Ioana Avădănei, Cătălina Popovici
Coperta: Radu Răileanu
Tehnoredactor: Gabriela Gheţău

Bun de tipar: august 2009. Apărut: 2009
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, Bucureşti
Tel./Fax: 211.32.60, 212.29.27, E-mail: office@luminatipo.com

---

Scanned with OKEN Scanner

Sănătate Dietetică

Din ce în ce mai mulţi oameni suferă în prezent de migrene, ulcer gastric sau duodenal, constipaţie, retenţie de apă, eczeme şI dureri articulare; alţii ajung la medic cu tulburări mai grave, ca artrita reumatoidă, astm sau depresie. Cercetările medicale recente demonstrează că multe dintre aceste afecţiuni sînt de fapt reacţii adverse la diferite alimente – lapte, citrice, ouă, grîu... Acest ghid practic vă învaţă să preveniţi şi să trataţi alergiile alimentare, dar şi intoleranţa la produse cosmetice, parfumuri, aditivi, pesticide sau material plastic. La final găsiţi sfaturi cu privire la dieta prin eliminare, care vă ajută să identificaţi alimentele la care sînteţi sensibil şi să le înlocuiţi cu altele, pe care le toleraţi.

Diferenţa dintre alergie şi intoleranţă ● Testele pentru sensibilitate alimentară ● Reacţiile la alimente în eczema atopică, astm şi rinita alergică ● Boala celiacă, boala Crohn şi afecţiunile eozinofilice ● Sindromul de colon iritabil ● Sensibilitatea alimentară la copii ● Aditivii alimentari ● Apa îmbuteliată şi filtrele de apă ● Fructoza, sucroza, sorbitolul şi xilitolul ● Dieta prin eliminare: ghid pas cu pas

EDITURA POLIROM
ISBN 978-973-46-1401-1
www.polirom.ro

Carte recomandată de:
avantaje
www.avantaje.ro

Scanned with OKEN Scanner